

6105
A 7
P 13
SEP 30 1935

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: *Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

Caixa Postal, 1874 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 50\$000.

Vol. XXX

Agosto de 1935

N. 2



PHILERGON

ENERGICO REVIGORANTE
NEURO-MUSCULAR

ADULTOS: UMA COLHERADA ANTES DAS REFEIÇÕES.

CREANÇAS DE MAIS DE 5 ANNOS: UMA COLHERADA
DE SOBREMESA ANTES DAS REFEIÇÕES.



Espaço para 6 Pessoas e 3 Malas

*e conforto de marcha excepcional
para todos os passageiros*

ACCOMODE seis pessoas neste novo Ford e, mesmo assim, não ficará superlotado. É um carro grande e confortável, com largo espaço para as pernas nos seus dois compartimentos. Viaja-se no banco traseiro com o mesmo conforto que antes só o assento deanteiro proporcionava. Permite-o um melhoramento exclusivo do Ford: a suspensão dos assentos entre as molas — bem como as almofadas e molas mais macias.

Se o guiar, notará a sua incomparável facilidade de manejo. Freios seguros, de

acção rapidíssima, ao toque mais ligeiro. Embreagem sensível á mais leve pressão. Direcção mais facil. E o carro, sem ser mais longo, tem mais espaço aproveitável para os passageiros.

As estatísticas proclamam que o carro mais vendido em todo o mundo em 1935 é o novo Ford V-8. Siga a sabedoria universal. Aceite, sem compromisso, um peçoio-demonstração no mais bello, mais veloz, mais economico e mais confortável carro Ford de todos os tempos.

FORD MOTOR COMPANY

S

ro.
no.
er
rel

ro
35
ni-
is-
on,
ro

7

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Per 1 anno \$0\$000. Per 2 annos \$0\$000

Vol. XXX

Agosto de 1935

N. 2

Acetonuria e appendicite (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio Santa Catharina.

Fazendo systematicamente o exame previo da urina dos doentes internados em nosso serviço, notamos numa serie de casos de appendicite toxica o apparecimento precoce da acetonuria. Ao lado de casos classicos de appendicite aguda, alguns hav'a em que o diagnostico de appendicite grave não encontrava apoio nos dados fornecidos pela clinica: dores de pouca intensidade na fossa iliaca direita, ausencia de defesa muscular, pulso bom, temperatura sub-febril, casos, emfim, em que costuma haver uma discordancia flagrante entre o achado cirurgico e a presumpção clinica, pois que o operador encontra um appendice profundamente lesado, não raro com a mucosa gangrenada e em esphazelo, as diversas camadas edemaciadas, a serosa hyperhemidiada, o mesoappendice infiltrado, as paredes do ceco endurecidas e friaveis, liquido mais ou menos abundante na cavidade. "Estas formas são as mais graves de todas e as mais difficeis de reconhecer em começo" — disse Walther (1) ao se referir a uma certa forma toxica de appendicite no Congresso de C'urgia de França, em 1911. Sendo assim, não raro o clinico fica em duvida sobre o diagnostico e o proprio cirurgião pode protelar a intervenção. A pesquisa da acetonuria será um expediente de facil execução e que, uma vez positiva, indicando a gravidade do caso, orientará o medico assistente para uma intervenção de urgencia.

E' certo que a acetonuria é phenomeno banal em clinica. Segundo Savy (2) ella "se observa no diabete, na chamada acetonuria dyspeptica das creanças, na inanição, depois da chloroformização, no decurso de certas infecções, na intoxicação alcoolica aguda, etc."

(*) Nota apresentada á Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa de S. Paulo em 20 de junho de 1935.

É Sergent (3) diz: "Assignala-se a sua presença em varias molestias febris agudas, em certas dyspepsias cyclicas infantis, mas é sobretudo interessante notar-se no coma d'abetico". Vieira Romeiro (4) assegura que "a acetonuria encontra-se em muitas circumstancias clinicas: nas doenças infectuosas agudas, na eclampsia, na inanção, após a chloroformização, no d'abete, etc." São de Bergés e Delaville (5) estas palavras: "Uma acetonuria *intensa* se encontra no diabete grave em periodo de coma, em certos estados de inanção, nos vomitos cyclicos. A acetonuria é *média* na anesthesia chloroformica, na intoxicação alcoolica aguda; ella se encontra nos individuos cuja alimentação é pobre em hydratos de carbono. Emfim, as molestias agudas: febre typhoide, febres eruptivas, eclampsias, gastro-enterites agudas das creanças acompanham-se commumente de uma acetonuria *ligeira*."

Ora, como os acidos acetylacetico e β oxybutyrico, ella "annuncia phenomenos muito graves de intoxicação acida", no dizer de Sergent (3). Bergés e Delaville (5) explicam melhor: "revelam uma intoxicação acida, da qual é commumente responsavel o mau funcionamento do figado". E Alexandre Calaza (6) informa: "A acetona, que é encontrada em diversas molestias, desde os vomitos acetonicos da infancia, no cancer, no diabete e no curso de muitas infecções, parece representar a desintegração rapida dos albuminoïdes. As pesquisas experimentaes sobre o metabolismo dos corpos acetonicos mostraram que elles são destruidos no figado. Portanto, a insufficiencia deste organ permittee a sua accumulacão no organismo, no qual vae se installando a intoxicação, cuja intensidade se prende, directamente, á fallencia dos seus recursos defensivos e depuradores".

Nessas condições, é razoavel que se encontre a acetonuria precoce nos casos de appendicite toxica, com lesões necrosantes, rapida destruição de albuminas e consequente sobrecarga de trabalho do figado. Ora, se em taes casos o aspecto clinico nem sempre impõe uma intervenção de urgencia, o signal da acetonuria constitue justamente um indice ponderavel capaz de orientar para uma therapeutica prompta e radical, quando uma protelação redundaria em agravamento marcado de um prognostico mesmo para uma operação precoce já de inicio sombrio. E' certo que ao se julgar do valor da acetonuria é preciso excluir as causas communs que a determinam, aliás facilmente identificaveis.

Si o valor diagnostico do signal é de pouca monta, outro tanto talvez não se possa dizer quanto ao papel que possa desempenhar na conducta do tratamento: indicaria sempre uma intervenção de urgencia. Por esse motivo é que nos resolvemos a trazer-o á discussão.

* * *

Tinhamos redigido esta nota quando nos chegou ás mãos o "Journal des Sciences Médicales de Lille", Vol. LIII, n.º 26 de 30

de junho de 1935, que resume uma comunicação de Veber (7) sobre "acetonemia e appendicite". Veber observou uma creança de 6 annos operada, já com peritonite, 24 horas depois do início de uma crise appendicular. O apparecimento desde os 19 mezes de crises abdominaes acompanhadas de acetonemia fez que se retardasse a intervenção e, com isso, se aggravasse o prognostico. Baseado nesse caso, Veber insiste no papel etiologico da appendicite chronica na genese da acetonemia; si se dá attenção só á acetonemia, corre-se o risco de uma peritonite operada *in extremis*; si o diagnostico é feito com exactidão, a appendectomia faz desaparecer a acetonemia. Discutindo a comunicação, Bernard declara que a varios annos estuda as relações entre a acetonemia e a appendicite e tem a impressão de que a appendicite é, de facto, um factor da acetonemia, mas por intermedio do figado e do pancreas.

Pois bem, Bernard parece estar no bom caminho, dando tal interpretação. E Veber conclue bem, aconselhando a retirada do appendice para fazer desaparecerem os surtos de acetonemia. Estes surtos é que elle explicaria melhor si os filiasse a crises agudas e graves de uma appendicite recidivante. E o seu caso é prova disso. Vem reforçar o nosso ponto de vista.

Endereço: Caixa Postal 1.574.

CITAÇÕES

1. WALTHER citado por H. MONDOR. — *Diagnostics urgents; abdomen*. 2.^a edição, Masson & Cie. I, 69, Paris, 1933.
2. SAVY. — *Precis de Pratique Médicale*. 2.^a edição. Gaston Doin, I, 372, Paris, 1922.
3. E. SERGENT. — *Technique clinique médicale et sémiologie élémentaires*. 5.^a edição, A. Maloine et Fils, 634, Paris, 1922.
4. VIEIRA ROMEIRO. — *Semiologia Medica*. 3.^a edição, Jacintho Ribeiro dos Santos, 913, Rio, 1923.
5. GASTON BERGÉS e MAURICE DELAVILLE. — *Urides*. Le Monde Medical, Paris, XXXIX, 563, 15 de maio de 1929.
6. ALEXANDRE CALAZA. — *Vômitos gravidicos e acetonuria*. Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia. Rio, II, 602, outubro-novembro de 1926.
7. VEBER. — *Acétonémie et appendicite*. Journal des Sciences Médicales de Lille, LIII, 667, 30 de junho de 1935.

NEOPULMIN

Quinina basica 0,07 — Camphora 0,10 — Gomenol 0,05
em oleos essenciaes balsamicos — 1 ½ cc.

Injecção intramuscular nas

Pneumonias - Grippes - Bronchites - Coqueluches

R. Ypiranga 11-G **PRODUCTOS GUARYANNAS** SAO PAULO

Instituto Brasileiro de Microbiologia

R. Oito de Dezembro, 123 - Ender. Teleg.: "Biologia"

RIO DE JANEIRO

Orientação Científica dos DRS. ROCHA LIMA - ARTHUR MOSES - HENRIQUE
ARAGÃO - SYLVIO PRADO

Principaes preparados :

SÓROS: Anti-Diphterico — Anti-Tetanico — Anti-Dysenterico — Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal Caprino, etc.

VACCINAS: Estaphylococcica — Estreptococcica — contra a Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneumococcica — Pestosa — Meningococcica, etc.

ENDOGLANDINAS: (productos opotherapicos)

Especialidades pharmaceuticas :

CITROBI: Injecções indolores de bismutho. Anti-syphilitico energico.

TITANOL: Novo composto de mercurio. Injecções intramusculares indolores.

GYNEGON: Lipovaccina curativa dos processos inflammatorios annexiaes.

VACCINA ANTI-INFECTUOSA I. B. M.: Antipyogenica de grande efficacia.

IMMUNICALDO: Caldo vaccina para uso local. Methodo de Besredka.

ENTERODINA: Vaccina para tratamento das enterocolites.

FLUORYL: Tratamento local dos corrimentos vaginaes.

MATERSANA: Vaccina prophylactica e curativa das infecções puerperaes.

(AMOSTRAS AOS MEDICOS)

Tumor da glandula carotidiana (*)

Dr. A. Bernardes de Oliveira

Director e Cirurgião-Chefe do
Instituto Cirurgico Bernardes de Oliveira, de Campinas

SUMMARIO:

- 1) Introducção.
- 2) Observação clinica.
- 3) Diagnostico differencial.
- 4) Considerações anatomo e physiopathologicas.
- 5) Conducta cirurgica.
- 6) Conclusões.
- 7) Bibliographia.

Introducção

Merecedora de certa attenção é a observação objecto do presente trabalho não só por constituir a primeira relação que a nosso conhecimento ex'iste na literatura nacional sobre os tumores da glandula carotidiana, como tambem pelo facto de ter sido realisado o diagnostico clinico pre-operatorio da lesão.

Torna o caso digno de nota alem disso, o bom resultado alcançado pela intervenção cirurgica, pois que ainda se acha em aberto o debate em torno da conducta therapeutica em taes emergencias.

Como assignalam Bevan e McCarthy (2), rarissimos são os operadores que operaram mais de um paciente com semelhante tumor, e, cirurgião algum já teve oportunidade de interv'r em mais de 3 casos; dest'arte não ha até agora nenhum autor que possa com experiencia pessoal sufficiente estabelecer normas á conducta cirur-

(*) Trabalho apresentado para concorrer a uma vaga na Secção de Cirurgia Geral da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Comunicação á Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, Abril 1935, e á Associação Medica do Instituto Penido Burnier, 11 de Julho de 1934.

gica. Occorre ainda que na maior parte das vezes a lesão se apresenta como uma surpresa operatoria, pois, como veremos, raramente é o diagnostico feito de antemão, e d'ahi a necessidade em que se vê o operador de dar prompta solução ao problema imprevisito no momento apresentado, donde como natural consequencia a execução de algumas operações por demais ousadas ou que talvez não encontrassem condições de viabilidade nas contingencias em questão. A literatura acha-se assim composta de pequeno numero de estudos systematicos e methodicos, ao lado de trabalhos mais numerosos mas apenas de valor como registro casuistico.

Como recursos therapeuticos temos, sem falar da abstenção, a exerése do tumor e a rad'otherapia; a presente observação será mais um argumento a favor das vantagens do primeiro desses meios quando utilizado com oportunidade.

Observação clinica

P. E. preto de 34 annos, casado, ferroviario, residente em Rio Claro. Observação n.º hosp. 3897.

Antecedentes amiliares. — Pae fallecido aos 75 annos de causa ignorada. Mãe fallecida em consequencia de molestia do estomago, ao 65 annos. Tem 4 irmãos vivos e fortes, perdeu 1 aos 2 annos de idade devido a uma bronchite. Sua mãe nunca teve abortos.

Historia conjugal. — Casado aos 28 annos. Mulher sadia porem esteril. Nunca usou meios anticoncepcionaes.

Molestias e traumatismos anteriores. — Na infancia teve sarampo, coqueluche e varicella. Adolescencia sadia. Aos 18 annos contrahiui cancro venereo seguido de adenite suppurada. Nega traumatismos. Fuma e bebe com moderação. Em 1918 teve grippe epidemica de gravidade razoavel pois chegou a haver comprometimento pulmonar. Nunca foi operado.

Queixa principal. — 1.) Tumor do pescoço, ha 2 annos. 2.) Corrimento nasal fetido ha 7 annos.

Historia da molestia actual. — Ha 8 annos já, o doente soffreu de uma cephaléa muito intensa e renitente, localisada na fronte do lado direito, e que durante um anno permaneceu entre periodos de exacerbação e de acalmia. No fim de um anno appareceu-lhe um corrimento nasal fétido, purulento, que coincidiu com o desaparecimento definitivo da cephaléa. Em seguida viu formarem-se crostas muito fétidas no seu nariz, crostas essas que depois se desprendem espontaneamente. Este estado se mantem até hoje. Agora mais recentecnte, de 2 annos para cá, e em completa independencia do que foi acima relatado, notou o doente um nódulo do lado esquerdo do pescoço. Este tumor se iniciou como um *grão de arro:* (sic), duro e indolor, depois foi crescendo aos poucos mas continuamente até attingir o volume actual. Hoje dado o seu volume causa embaraço á respiração e á deglutição mas não produz dores locais. Entretanto, depois de ter o tumor se desenvolvido o doente vem tendo dores precordias frequentes e muitas palpações.

Exame physico. — Trata-se de um homem de côr preta com 1 metro e 65cms. de altura, peso de 58ks. 300 grms., de boa compleição physica, typo esthenico e com regular paniculo adiposo. Chama desde logo a attenção o cheiro particular e fétido exalado do nariz do paciente.

O exame dos varios órgãos e regiões do corpo revela apenas uma polymicroadenopathia inguinal e os dentes em mau estado. No pescoço porem encontra-se um nódulo do lado esquerdo, ao nivel do hyoide, do volume de um ovo de gallinha, de consistencia elastica, indolor á palpação, movel no sentido lateral, situado por debaixo do musculo esterno-clido-mastoideo cuja borda anterior se percebe por sobre a massa tumoral. Os batimentos da carotida primitiva são perceptíveis por sobre o tumor. Não ha expansão pulsatil peculiar aos aneurysmas. Não se percebem ganglios ou outros nodulos na região.

Alem disso o exame clinico demonstra :

Pressão arterial, Mx. 13,5 Mn 8 ; Pulso, 60 batimentos por minuto ; Reflexo oculo-cardiaco, zero ; Prova da apnéa : Inspiratoria, 54 seg. Expiratoria, 50 seg. ; Dosagem de hemoglobina, 90% ; Tempo de coagulação, 6 min. ; Tempo de sangramento, 1 min. 30 seg. ; Exame de urina : Densidade, 1020 ; Albumina, não contem ; Ac. diacético e acetona, não contem ; Sedimento : Raros leucocytes. Cell. epith. ; Hemogramma Schilling : N.º de leucocytes, 8.400 ; Basophiso, 0 ; Eosinophilos, 9,7% ; Myelocytes, 0 ; Juvenis, 0 ; Bastonetes, 0 ; Segmentados, 38% ; Lymphocytes, 36,6% ; Monocytes, 15,6% ; Poly, 38%. Exame de fezes, Negativo ; Exame oto-rhino-lyngologico, Rhinite atrophica fétida. (Inst. Penido Burnier) ; Exame radiologico : Pulmões e mediastino normaes. Augmento do coração esquerdo. Esophago não apresenta o menor obstaculo á passagem do citobaryo. Area cardiaca com excesso 37%. — a) Dr. Oswaldo O. Lima.

Reacção de Wassermann no sangue : Negativa.

Diagnostico pre-operatorio. — 1.º) Tumor da glandula carotidiana. 2.º) Rhinite atrophica fétida.

Operação. — Data : 25-6-1934. Operador : Dr. A. Bernardes de Oliveira. Assistente : Dr. Mucio D. Murgel.

Anesthesia : Local. Agente : Sol. neo-tutocaina a 1/750. Marcha : Anesthesia perfeita.



Fig. 1

Descrição. — Incisão da pelle ao longo da borda anterior do musculo esterno-clido-mastoideo (Figura n.º 1). Secção do tecido cellular sub-cutaneo e do musculo cuticular. Aberta a bainha aponevrotica do musculo esterno-clido, afasta-se o corpo muscular para fóra (Figura n.º 2). Fica assim a descoberto a superficie externa do tumor e confirmado o diagnostico. A massa pathologica acha-

se com effeito ao nivel da bifurcação da carotida e por debaixo della tem, um aspecto regularmente ovoide de eixo maior vertical e superficie lisa, adhere intimamente á furcula carotidiana e apresenta movimentos de expansão systolica synchronos com os batimentos vasculares. Pela compressão manual obtem-se

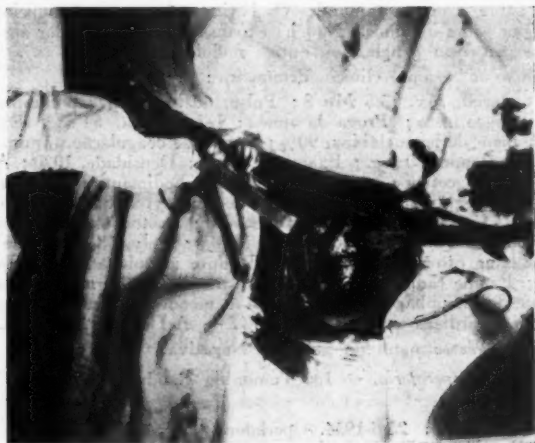


Fig. 2

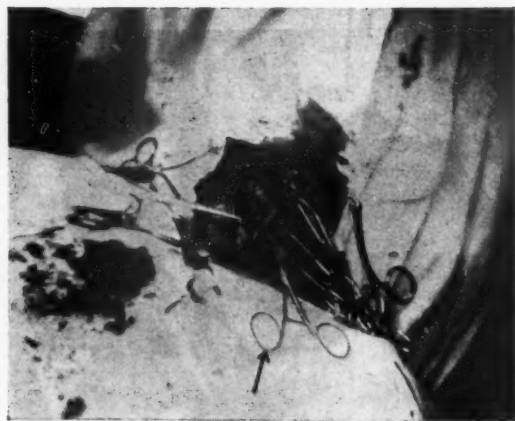


Fig. 3

a redução do volume do tumor que é elastico e compressivel, cessada porem a compressão promptamente volta a se restabelecer o volume primitivo. Verificada a natureza glandular do tumor foi resolvida sua extirpação, como aliás já estava planejada. Ligadura de alguns ramos venosos tributarios da veia jugular interna que cruzam o tumor e isolamento do tronco da carotida primitiva abaixo da neoplasia. Libertada a carotida primitiva é ella segura entre os ramos de uma pinça de Antonio Martins (pinça essa usada na encephalographia arterial de Egas Mo-

niz) que é conservada apenas presa no primeiro dente, isto é, permitindo a livre passagem do sangue. Esta precaução representa tão somente uma garantia contra eventuaes rupturas vasculares e consequentes hemorragias imponentes (Figura n.º 3 — a pinça de Antonio Martins applicada á carotida primitiva está assigna-

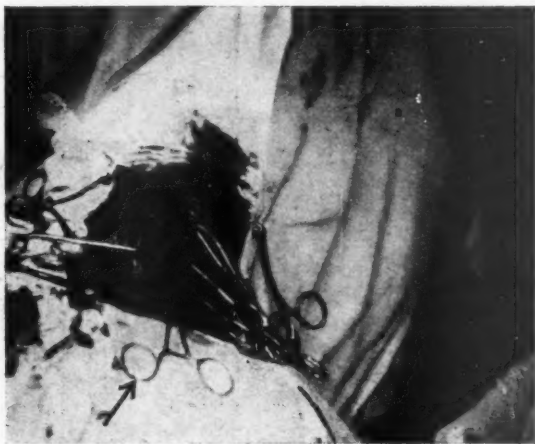


Fig. 4



Fig. 5

lada por uma flecha). O tumor que se apresentava turgido semelhante a uma verdadeira esponja cheia de sangue é manipulado com o maximo cuidado pois as menores ramificações vasculares lesadas na sua superficie produzem copiosas hemorragias. Iniciada sua libertação pelo lado interno (Figura n.º 4) é o tumor separado da glandula thyreoidé e larynge. A arteria thyreoidéa superior é ligada (Figura n.º 5). O nervo laryngeo superior que se acha englobado na

massa tumoral é igualmente sacrificado (Fig ra n.º 6). Obtida desta forma maior mobilização da parte antero-interna do tumor consegue-se explorar melhor as connexões da massa com a arteria carotida externa e verifica-se então que o tronco do vaso está inteiramente envolto e preso pela neoformação que delle de modo algum poderá ser separado. Dada a impossibilidade de se obter o tronco



Fig. 6

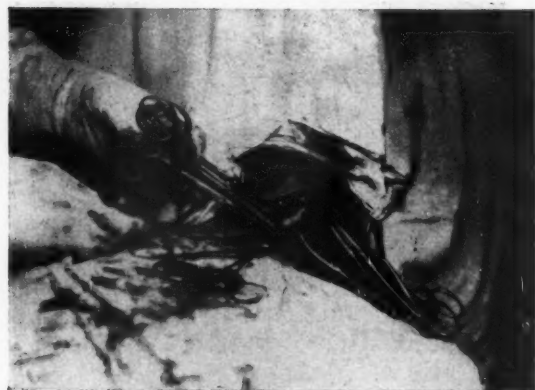


Fig. 7

da carotida externa livre para futura anastomose carotida-carotidiana a Petit-Dutaillis, como se planejara, (Vêr no capitulo consagrado á conducta cirurgica a descripção da technica em questão) passa-se a ligar os varios ramos desse vaso a medida que se apresentam. São deste modo ligadas as arterias lingual, facial e por fim, mais alto, a continuação já delgada do tronco carotidiano. O tumor fica então preso apenas pela carotida primitiva, em baixo, e pela carotida interna, para o alto. Consegue-se desta forma maior mobilização da massa que é a seguir separada cuidadosamente das estruturas posteriores, a saber, do nervo

pneumogástrico e do sympathico cervical. Taes órgãos são de todo poupados e o tumor é rebatido para o lado externo (Figuras n.º 7 e 8). Interessante é notar que quando as manobras de dissecção começaram a se fazer justamente ao nível da furcula o paciente principiou a accusar sensação dolorosa pre-cordial muito intensa, seguida de agitação e bradycardia. A impressão obtida pela exci-

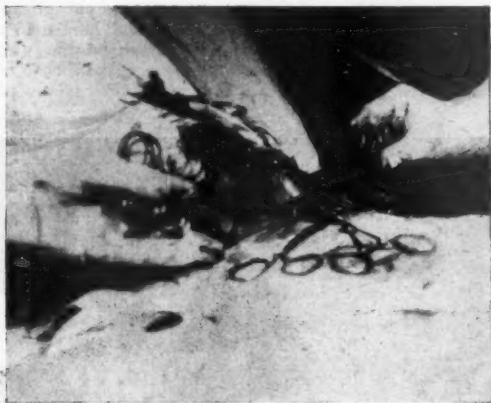


Fig. 8



Fig. 9

ção compressiva dos varios pontos da região era de que taes manifestações se produziam em consequencia da manipulação directa sobre a furcula e não tanto sobre os troncos nervosos do vago e do sympathico mais posteriormente collocados. Convem notar comtudo que nesse momento ainda se achava o tumor com suas connexões postero-externas intactas, quer isto dizer, com as ligações nervosas tributarias do vago e do sympathico integras. Obtida a completa libertação do tumor para o alto, onde foi elle separado do nervo grande hypoglosso da melhor maneira possível, visto estar esse nervo firmemente preso á capsula tumoral (Figura n.º 9), passou-se a isolar a arteria carotida interna, mais pro-

fundamente situada. Seccionado este vaso entre duas ligaduras, o que foi feito sem ter o paciente demonstrado sentir qualquer perturbação ou incommodo, ficou afinal o bloco preso em exclusivo pelo tronco da carotida primitiva (Figura n.º 10). Bastou que fosse esse vaso seccionado a montante de uma dupla ligadura para que se obtivesse a final retirada do tumor com a forquilha carotidiana. Toda a intervenção foi conduzida sob o mais absoluto dominio de orientação anatomica e technica, não houve secção de vasos que não se fizesse entre ligaduras ou entre pinça e ligadura. A intervenção toda durou cerca de 1 hora e 15 minutos, mostrando-se a anesthesia loco-regional perfeitamente satisfatoria. O doente deixou a mesa com o pulso bom e sem demonstrar a menor perturbação a não ser ligeira tendencia a mover a lingua para o lado esquerdo quando projectava esse

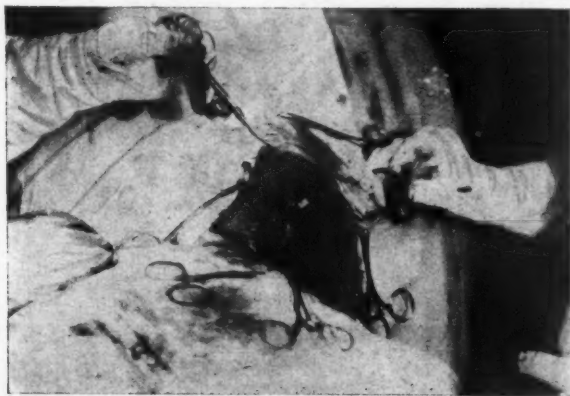


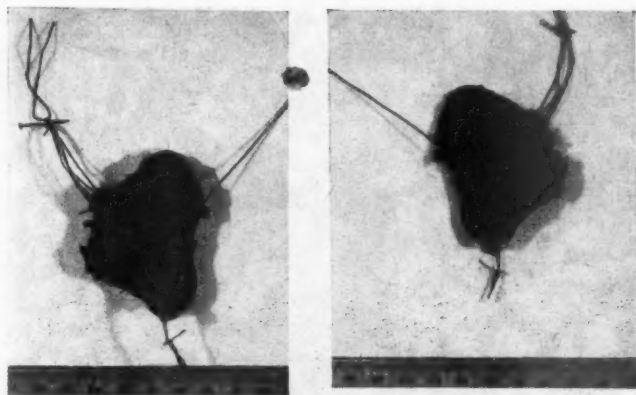
Fig. 10

orgão fóra da bocca. Como assignalámos o nervo grande hypoglosso achava-se muito preso ao tumor tendo sido necessario o sacrificio de parte de sua espessura para obter-se sua libertação.

Peça operatoria. — A peça foi conservada em formol a 10% e após injeção desse mesmo fixador atravez da propria arteria carotida primitiva. Procurou-se desta fórma obter a melhor fixação possivel dos tecidos para facilitar as ultteriores pesquisas histologicas, e com effeito, o resultado foi optimo como veremos ao apreciarmos os cortes do tumor. A peça (Fig. 11-A) vista pela sua face externa mostra com clareza o tronco da carotida primitiva, a furcula carotidiana, a carotida interna, a carotida externa e alguns ramos deste ultimo vaso englobados e presos a um tumor ovoide que mede 6 cms. no sentido vertical, 4cms. de largura, e 4,5 cms. no sentido antero posterior. Vista pela face profunda a peça é toda ella representada pela massa tumoral. (Fig. 11-B).

Exame anatomo-pathologico. — Os aspectos denunciados pelos varios cortes histologicos (Figs. 12, 13 e 14) são absolutamente typicos dos tumores da glandula carotidiana. Trata-se sem duvida de um tumor benigno, ricamente vascularizado e que pela sua estrutura particular tem recebido a denominação de *perithelioma*.

Exame do doente ao ter alta. — O decurso post-operatorio fez-se sem qualquer intercorrença sendo os pontos retirados no 8.º dia. Ao ter alta foi de novo o paciente examinado persistindo ainda a tendencia á latero-pulsão da lingua, o que confirma o comprometimento do hypoglosso. O exame do fundo



A

B

Fig. 11

A peça operatoria após lixção pelo formol.

A — Vista pela sua face externa.

B — Vista pela sua face profunda.

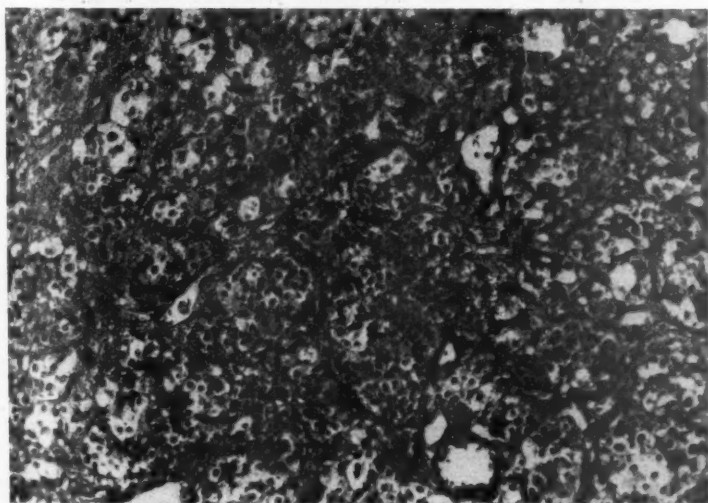


Fig. 12

O corte histológico do tumor revela a presença de numerosas ilhotas de células polyedricas, granulosas, de nucleo central e pequeno, circundadas por endothelio hyperplasico e que delimita grande quantidade de capillares e de vasos de lume dilatado. O estroma constitui um verdadeiro tecido cavernoso.

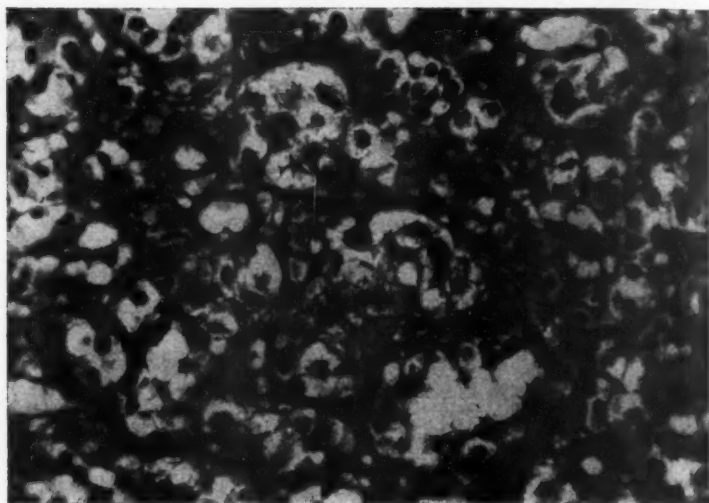


Fig. 13

O tecido visto com grande aumento revela com nitidez as particularidades de estrutura das células principais. São elementos grandes, de núcleo central, protoplasma finamente granuloso, e que tendem a se agrupar em pequenos acumulos. Em torno dos grupos de células principais o estroma endotelio-vascular.

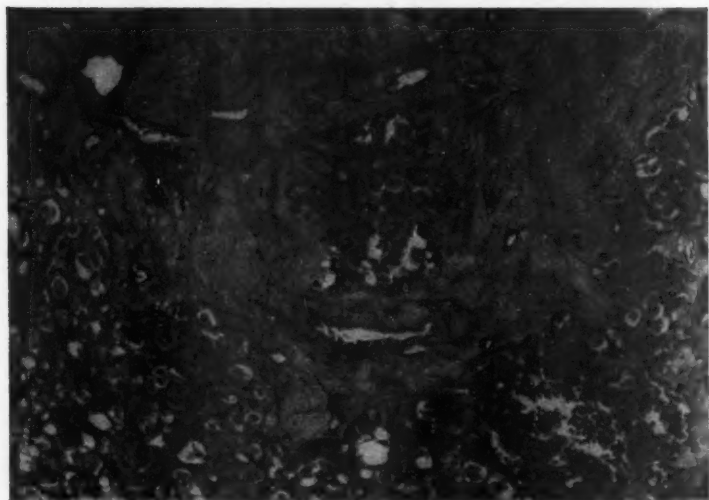


Fig. 14

Áreas de degeneração hyalina como a que se vê neste corte não são, segundo os AA., achados excepcionaes nos tumores da glandula carotidiana.

de olho realizado pelo Dr. A. Almeida do Instituto Penido Burnier nada revelou de anormal; assim como o exame do larynge praticado pelo Dr. Gabriel Porto, medico especialista d'aquelle mesmo Instituto, igualmente foi de todo incapaz de evidenciar qualquer anormalidade muito embora tivesse havido, como vimos, a secção do nervo larynge superior.

As manifestações subjectivas de mau estar e dôr pre-cordial desapareceram por completo e o paciente apresentava excellente disposição geral quando teve alta no 14.º dia (Fig. 15).



Fig. 15

Photographia do paciente ao ter alta.

Resultado remoto. — O paciente chamado a comparecer para verificação de suas actuaes condições submetteu-se na data de 13 e 14 de Janeiro de 1935 aos exames abaixo consignados.

Interrogatorio. — Refere o doente que depois de operado cessaram por completo as cephaléas antes tão frequentes. Tem ainda por vezes, se bem que muito menos intensas, as palpitações e a sensação de falta de ar. Diz ter cessado seu corrimento nasal (o que não corresponde á realidade).

Exame physico. — Acha-se bem disposto e tem razoavel paniculo adiposo. Ausculta do coração nada revela de anormal. Pressão arterial: maxima, 14; minima, 7,5; pulso, 64; reflexo oculo-cardiaco, mais 2.

Exame ophthalmologico. — Reflexos pupillares e fundus oculi normaes. 10-1-1935. a) Dr. Antonio de Almeida.

Exame oto-rhino-laryngologico. — Lingua de aspecto normal. Não ha mais vestigio algum do antigo desvio. Laryngoscopia indirecta: mucosa de bom aspecto, cordas vocaes com boa mobilidade; pequeno papiloma na face posterior da epiglote. Rhinoscopia: Atrophia da mucosa mais accentuada e direita, adundantes crostas verdes em ambas as fossas nasaeas — rhinite atrophica azenosa. — a) Dr. Gabriel Porto.

Exame radiológico do coração e aorta. — Aorta apresenta 3,3cms., ao nível da croça. 2,4 seria o maximo normal para a idade do paciente. Area cardíaca apresenta 96,60 — ha um excesso de 37% em relação á area normal — 70,68 — para o peso de 57 kilos. — a) Dr. Oswaldo O. Lima.

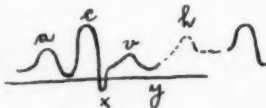


Fig. 16

Photographia de P.E. tirada a 14-1-1935.

Nota-se a cicatriz operatoria com ligeira tendencia a formar uma elevação cheloidiana.

Phlebogramma e electrocardiogramma. — Data 12-1-1935



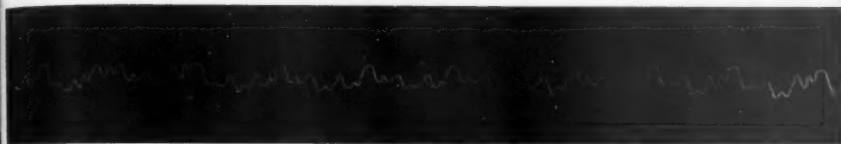
Phlebogramma normal. (Norris and Landis — pg. 177).

a — contração aurícula direita

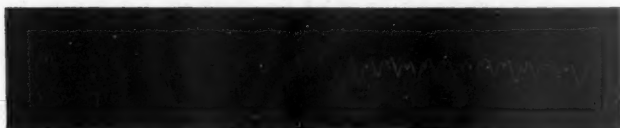
c — onda venosa legitima — devida á contração do ventriculo direito — no traçado jugular é reforçada pela contração da carótida.

v — estase de enchimento ventricular

h — onda pathologica — na insuficiencia aortica, estenose mitral, etc.

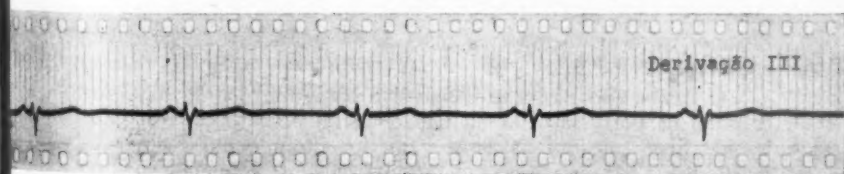
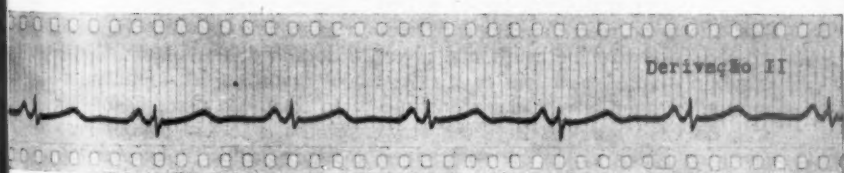
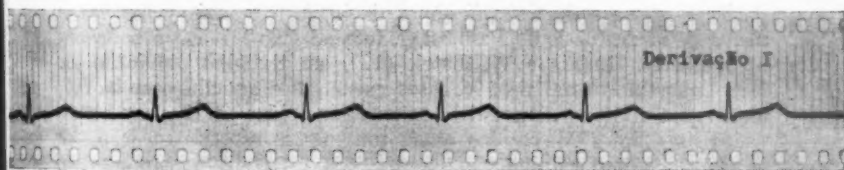


Tracado da jugular do lado operado. O aparelho é collocado proximo á clavícula. Onda C ampla e reforçada.



Tracado da jugular do lado operado obtido ao nível do osso hyoide (Onde não ha tronco carotidiano). Onda C menos ampla e mais fraca.

Electrocardiogramma de P. E. — Data, 14-1-1935.



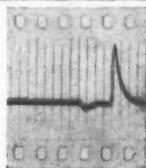
Tempo — 0,05.

Amplitude — 1 millivolt igual a 12,5 millímetros.

Frequencia — 70 batimentos por minuto.

Tempos dos accidentes — P 0,10 ; PR 0,15 ; QRS 0,075 ; T 0,25.

Ligeira arrhythmia sinusal (physiologica).



Padrão de amplitude.

Diagnosticco differencial

O diagnosticco dos tumores da glandula carotidiana está muito longe de ser facil na clinica, mórmemente devido á raridade da lesão e consequente falta de idéa em admittir a hypothese de sua existencia.

Segundo Aperlo e Rossi (1) a exacta natureza da molestia é muito raramente estabelecida antes da operação. Da mesma opinião são Bevan e McCarthy (2), pois na serie de 131 casos por elles collectados até 1931, sómente figuravam com o diagnosticco pre-operatorio certo, 14 casos.

Da raridade da lesão fallam eloquentemente os escassos trabalhos existentes na literatura mundial acerca do assumpto. Na casuistica nacional não nos foi possivel encontrar nenhum caso relatado.

Aperlo e Rossi (1) reuniram em 1927, um total de 114 casos dos quaes apenas 8 observados na Italia. Bevan e McCarthy (2) no já citado trabalho, conseguiram encontrar 131 casos. O mais jovem dos pacientes dessa serie tinha 7 annos de idade e o mais velho 73. A media de idade foi de 41,7 annos. Quanto ao sexo, 64 eram homens e 67 mulheres. Rankin e Wellbrock (12), em trabalho publicado em 1931, referem o total de 196 casos existentes n'aquella occasião em toda a literatura medica, ahi se achando incluidos os 12 casos observados na Clinica Mayo, dos quaes um merece especial menção por se tratar de tumor bilateral.

A symptomatologia ligada a taes tumores é particularmente pobre. Em geral refere apenas o paciente a existencia de um nódulo no pescoço, que não lhe causa mal algum e dotado de crescimento lento e progressivo. A ausencia de manifestações dolorosas locais quer espontaneas quer provocadas, constitue facto digno de nota. Compressões do vago seguidas de sensação vertiginosa, não são de observação rara. Casos ha em que se produziu o syndromo de Stokes-Adams. São assaz frequentes as perturbações recorrencias traduzidas por rouquidão, dysphasia, dyspnéa, etc. Casos porem existem nos quaes o tumor foi bem tolerado por mais de 35 annos sem causar qualquer embaraço.

O tumor apparece e se desenvolve como um nódulo solitario localisado na parte superior da região lateral do pescoço, fronteiro ao hyoide, logo aedeante da borda anterior do musculo esterno-clidomastoideu. A massa é movel, arredondada, de tamanho variavel e que pôde ir do volume de uma avedã ao de um ovo de ganso. A mobilidade manual do tumor tem a particular propriedade de se fazer no sentido transversal e não no sentido vertical. Tal ponto tem, segundo os AA., especial significação e por isso deve ser pesquisado com carinho. O tumor exhibe um typo muito peculiar de pulsação; é uma pulsação consequente á transmissão dos batimentos carotidianos mas que não se acompanha da expansão e contracção proprias aos aneu-

rysma. Tal typo de pulsação, se bem que não seja signal pathognomônico de tumor da glandula carotidiana, representa comtudo um dado de exame muito característico da molestia. Em muitos casos é possível obter-se pela compressão demorada a redução do volume da massa, a qual logo volta ao seu primitivo tamanho desde que cesse a força compressiva. Isto se dá graças a natureza altamente vascular, quasi cavernosa, do tumor. Raramente nota-se o *thrill* constante nos aneurysmas.

O diagnostico differencial só poderá ser feito após cuidadoso trabalho de exclusão methodica das demais formações nodulares frequentes no pescoço.

De inicio, em se tratando de tumor do pescoço, convem logo afastar a hypothese de se tratar de molestia ganglionar, de adenopathia cervical. As adenopathias podem com effeito se apresentar como lesão solitaria, ou, sob a fórma de lesões não apenas regionaes mas compromettendo varios ganglios, grupos de ganglios ou varias regiões do corpo. Nos adenopathias generalizadas encontramos diversas entidades morbidas taes como: leucemia lymphoide, molestia de Hodgking, lymphosarcoma, lymphoma, lymphadenoma, adenopathia leutica secundaria, tuberculose ganglionar particularmente do typo bovino, etc. No caso em questão taes possibilidades são afastadas summariamente visto a lesão se apresentar sob a fórma de um nódulo unico. Reconhecida a lesão como adstricta a um só ponto, verificada a completa integridade dos ganglios da região, temos como possiveis hypotheses clinicas, as adenopathias monoganglionares inflammatorias secundarias a processos infecciosos da bocca, do pharynge, etc.; a adenite tuberculosa solitaria; e, por fim, no grupo das neoplasias, o lymphoma, o lymphosarcoma e as adenopathias cancerosas metastaticas que de inicio podem se alojar em um só ganglio.

Se, pelas varias indagações subsidiarias, as hypotheses antes enumeradas não se justificarem, teremos então que voltar nossas vistas para os tumores cervicaes não ganglionares, e, nesse grupo entram logo em cogitação as seguintes possibilidades: Aneurysma, thyroide aberrante, cysto branchial, carcinoma branchiogeno, cysto hydatico, cystos serosos congenitos multiloculares (lymphangiomas diffusos), cysto dermoide profundo, lipoma, e, por fim, tumor da glandula carotidiana.

Cada uma das lesões acima tem particularidades clinicas que lhe são proprias, pelo que quasi todas podem ser afastadas mercê do raciocinio clínico servido pelos adequados meios subsidiarios de exame. O diagnostico chega por fim ao ponto de poder determinar com grandes probabilidades de certeza, a existencia de um tumor benigno cervical, isto é, neoplasma benigno. Neoplasma benigno, porque é de crescimento lento, livre de adherências, movel, de consistencia elastica mas não cystica. Neoplasma, porque cresce lenta mas progressivamente. Processo não inflammatorio, porque lhe faltam

os caracteres de reacção circumvisinha communs em taes casos e porque as investigações complementares afastam tal hypothese (Formula sanguinea, reacções sorologicas, etc.). Um tumor benigno na região lateral do pescoço póde muito ser uma thyreoide aberrante, um cysto dermoide profundo, um cysto branchial. Mas porque admittir a idéa de uma thyreoide aberrante que apenas é movel manualmente no sentido transversal e não no sentido vertical? Porque acceitar a idéa de um dermoide localizado logo abaixo da furcula da carotida?

A séde, a consistencia, a fôrma, a mobilidade manual, a marcha evolutiva, as relações com as carotidas, o typo espec'al de batimento sem expansão (pulsção sem expansão em contraste com a expansão pulsatil dos aneurysmas), todos esses elementos de per si e em conjunto fallam a favor da hypothese de tumor da glandula carotidiana; e, como foram pesquisados e encontrados no nosso caso é que chegamos ao diagnostico correcto antes de ser a lesão exposta na exploração operatoria.

Considerações anatomo e physiopathologicas

A primeira descripção do corpo glandular que óra nos interessa foi feita por Haller em 1743 quando assignalou sua presença sob a denominação de "ganglion minutum". Esta descoberta cahiu no esquecimento até 1783 quando Neubauer novamente se referiu ao órgão. Em 1797, Andersch fez uma bóa exposição do que elle chamou de "ganglion intercaroticum". O estudo microscop'ico da estrutura em apreço só se realizou porem em 1862 quando Luschka deu publicidade aos estudos minuciosos sobre o thema por elle realizados. Em 1881, Stieda descreveu o corpo carotidiano como uma collecção triangular de cellulas ligadas por meio de um fino tracto fibroso ao epithel'io da cavidade buccal, de um lado, e ao thymo, de outro lado.

Na literatura americana a primeira referencia existente aos tumores da glandula carotidiana acha-se no trabalho de Scudder datado de 1903. Em 1906, Keen e Funke fizeram uma completa revisão da literatura até aquella data.

Topographcamente (Fig. 17) o "glomus caroticus" se encontra não propriamente no angulo de bifurcação da carotida primitiva, mas atrás desse mesmo angulo como assignalou Rieffel. A glandula é mais retro-carotidiana do que inter-carotidiana portanto.

Quanto á fôrma, é em geral a glandula ovoide de eixo maior vertical. Mede cerca de 5 a 7 m'illimetros de altura; 25 a 4 millimetros de largura; e, 1 a 1,5 de espessura. Possui uma capsula fibrosa bem distincta e se acha ligada á parede da carotida seja externa seja interna, por um pediculo fibro-adiposo de 2 a 3 m'illimetros de comprimento, denominado ligamento de Mayer. Atravez desse pediculo é que recebe a glandula seus vasos nutrientes. Segundo muitos autores





a
to
d
in
q
d
n
c
h
r
p
e
h

s
o
e
n
c
n
d
C
e
p

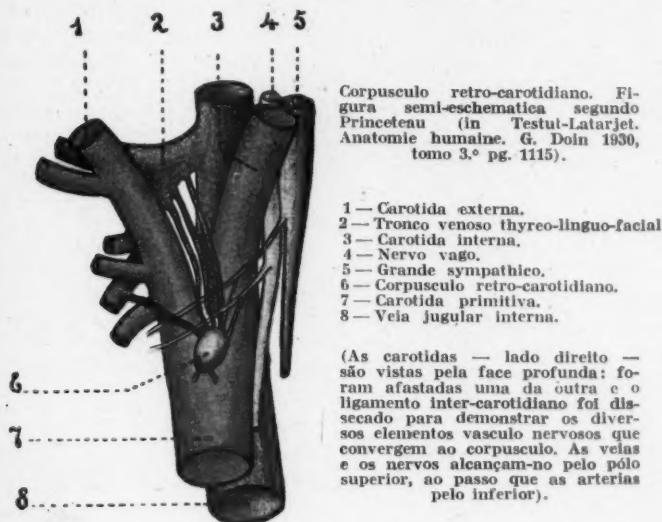


Fig. 17

as arterias derivam da carotida primitiva ou da interna. Tal ponto porem tornou-se muito duvidoso desde que Smith com seu esplendido e recente trabalho mostrou em todos os embryões de animaes inclusive o homem, e salvo a unica excepção representada pelo porco, que as arterias provêm da carotida externa, nascendo antes do tronco da occipital e da pharyngéa ascendente. As veias são assaz variaveis, mas em geral deixam a glandula pelo seu pólo superior para procurar os troncos venosos da laryngéa superior, da pharyngéa e da lingual. Os nervos, especialmente numerosos, provêm do ramo pharyngeo do nono nervo craneano, do ganglio sympathico cervical superior e do proprio tronco do sympathico. Alguns AA. aceitam a existencia de ramos procedentes do vago e do hypoglossos, porem não ha ainda perfeito accordo sobre tal ponto.

Histologicamente a glandula carotidiana apresenta septos fibrosos derivados da capsula glandular e que penetram no interior do órgão dividindo-no em lobos, os quaes são por sua vez sub-divididos em lobulos por trabeculas menores. Os septos fibrosos são ricos em nucleos e contêm numerosas fibras nervosas myelinicas e amyelinicas. Os lobulos possuem elementos cellulares de varios typos, mas que na sua maioria se acham representados por cellulas grandes, polyedricas, ricas em protoplasma finamente granuloso e pouco coravel. Os nucleos são grandes, arredondados ou ovaes, por vezes excéntricos, e fortemente basophilos. Os AA. descrevem como caracteristico importante e existencia de numerosos elementos cellulares esparsos ávi-

dos pelos reagentes chromicos, são as cellulas chromaffinas, semelhantes ás da supra-renal (Kohn). Segundo outros, contudo, este ponto está também sujeito a controversias. A rêde capillar é excepcionalmente rica, havendo logares em que se formam verdadeiros seios resultantes da dilatação dos capillares. Muitas vezes taes vasos se enrolam sobre si mesmo, enovelando-se de maneira a apresentarem o aspecto de um glomerulo. D'ahi o nome eventualmente dado á glandula de "glomus caroticus".

Convem lembrar a'nda o facto de se processar gradual modificação na estrutura da glandula a medida que o individuo vae envelhecendo. Na infancia e idade jovem é ella pequena e os elementos cellulares predominam. Com a idade o volume do órgão augmenta emquanto os capillares e o estroma passam a prevalecer em detrimento dos componentes cellulares.

O desenvolvimento embryologico dessa estrutura tem dado margem a grandes divergencias de opinião. As varias theorias embryogenicas fórmuladas podem ser classificadas dentro da divisão seguinte: 1.º) Theoria epithelial. 2.º) Theoria vascular. 3.º) Theoria nervosa.

Rabl, Bonn e outros acreditam na origem epithelial, julgando este ultimo se tratar de um derivado thyreoideo accessorio. Não ha argumento algum favoravel a semelhante concepção. A origem vascular é defendida por Katschenko, Arnold, Waldeyer e outros. Acerca da natureza mais connectiva do que epithelial dos rudimentos embryologicos da glandula também existem as opiniões de Fischels e de Paltauf. A doutrina que defende a origem nervosa tem como adeptos Stilling, Kohn e outros. Luschka na sua primitiva hypothese interpretou a estrutura como essencialmente nervosa.

No detalhado estudo realisado, Smith conclue que a glandula deriva de um material complexo reunido no decurso evolutivo do 3.º arco mesodermico. De qualquer maneira o facto é que o perfeito conhecimento da evolução embryologica da glandula carotidiana está muito longe de ter sido alcançado. Novos e mais completos estudos serão necessarios para o esclarecimento definitivo da questão.

O papel physiologico representado pela glandula ainda permanece em profunda obscuridade. Os trabalhos relativos ao assumpto são poucos e quasi todos de resultados infructiferos.

Moulon, Gomez, Scaffidi, Vassale, Lanzillata e Frugoni apresentaram estudos sobre o thema. Moulou pela injeção de extracto de glandula carotidiana do cavallo em coelhos obteve uma elevação da pressão arterial. Concluiu d'ahi por uma acção semelhante á da adrenalina. Em opposição a taes estudos, Gomez, em 1907, verificou exactamente o inverso, uma quêda da pressão arterial pela injeção do extracto glycerinado. Scaffidi produziu a destruição artificial dos corpusculos carotidianos em bezerras, sem acarretar perturbações subsequentes. Vassale com a destruição por meio do thermo-cauterio das



glandulas de ambos lados em gatos, notou o apparecimento de glycosuria, que foi observada immediatamente após a operação e permaneceu por 4 d'as. Taes animaes embora não voltassem depois a apresentar glucosuria, perderam peso progressivamente e se tornaram cachecticos, vindo a fallecer cerca de 6 mezes após a operação. Lanzillata notou glycosuria passageira pela destruição do tronco do sympathico no pescoço ou do ganglio sympathico cervical superior. Frugoni utilizando-se de injeções obtidas pela maceração de glandulas carotidianas de bezerra demonstrou a existencia de uma vaso-dilatação nítida. F'scher obteve pela extirpação de ambas as glandulas carotidianas de gatos, modificações osseas semelhantes á ostemalacia e um augmento das para-thyroides.

Na verdade não ha evidencia experimental nem anatomo-pathologica favoravel á natureza endocrina do corpusculo carotidiano. As experiencias de extirpação acima citadas perdem seu valor se considerarmos o enorme trauma exigido para a extracção de tão minusculas formações. A cadeia sympathica cervical em todas experiencias desse genero terá por certo soffrido consideravelmente. As injeções de extractos, taes como as de Frugoni, encontram explicação muito mais satisfatoria dos seus resultados em outras bases do que pela hypothese de conterem substancias especificas. Comtudo o aspecto altamente vascular demonstrado pelos córtes histologicos, significam sem duvida que taes corpos possuem um metabolismo muito activo.

NOTA. — As citações dos AA., encontradas no presente capitulo até agora, foram todas baseadas nos trabalhos de Bevan e McCarthy (2) e de Rankin e Wellbrock (12), onde se acham as respectivas referencias bibliographicas.

Deixando de lado as hemorragias notadas na glandula carotidiana, por Paunz nos prematuros, na purpura e após thyreoidectomias; as escleroses observadas por Gomez, e que segundo Schaper seriam devidas em exclusivo á idade; algumas infiltrações lymphoides; certas degenerações amyloides; e, por fim, o achado de infiltrações por cellulas redondas descriptas por Paunz na hydrophobia; a pathologia do órgão será apenas representada por suas neoplasias. Embora relativamente raros, são os tumores as lesões mais frequentes de taes corpusculos.

Varios nomes tem sido usados para baptisar as neoformações da glandula carotidiana: Endothelioma, perithelioma, haemangioma perithelial, adenoma, paraganglioma, neuroblastoma, fibro-angioma, hamartoma, phaeochromocytoma, etc.

O nome de perithelioma suggerido por Paltauf merece actualmente a sympathia da maioria dos anatomo-pathogistas. Ewing (4) o adopta no seu classico livro sobre tumores. O aspecto histologico do tumor é absolutamente caracteristico e particular. A coparticipação das cellulas especificas e dos elementos endotheliaes constitue uma feição especial que torna o tumor *sui generis*, como diz Ewing (4). A neoformação é constituida essencialmente por uma hyperplasia das

cellulas normaes da glandula. Em quasi todos os casos o aspecto histologico reproduz apenas em larga escala, o quadro da glandula normal. Os grupos de cellulas grandes, de protoplasma claro e finalmente granuloso, pouco corado; os nucleos cellulares ovaes, bem tintos; as trabeculas cennectivas contendo ricas formações capillares e abundantes cellulas ganglionares; taes são os pontos mais caracteristicos do tumor.

Os neoplasmas da glandula carotidiana são na grande maioria benignos, contudo existem os tumores malignos ahi localizados, tendo sido referidos na literatura 24 casos até 1929. Bevan e McCarthy dão 17,8 % como o numero que exprime a frequencia da malignidade nos tumores da glandula carotidiana. Rankin e Wellbrock consideram 20 % como malignos e 80 % como benignos.

Tarnowsky (20) cita a opinião de Romanis e Mitchiner, segundo a qual a glandula carotidiana dará logar á formação de dois typos de tumores: 1.º) Tumores benignos, em geral chamados peritheliomas; 2.º) Tumores muito malignos, conhecidos pelo nome de "tumorbata de Hutchinson". Estes acham-se intimamente ligados ás 3 arterias carotidas e cedo ou tarde acabam por invad'r a veia jugular, o musculo esternocleid, o vago e o sympathico.

Antes de encerrarmos este capítulo consagrado ás questões physio-pathologicas desejamos fazer algumas considerações acerca das reacções notadas durante as manobras de descollamento do tumor e, a respeito da operação, já antes descriptas.

Como vimos, o doente apresentou no momento em que as manipulações se fizeram sentir sobre a face posterior do tumor e foram expostos os planos profundos da região lateral do pescoço — planos em que estão contidos os troncos do vago e do sympathico —, manifestações de dôr pre-cordial intensa acompanhada de bradycardia. Taes perturbações achavam-se sem duvida ligadas ás manobras operatorias, tanto que variavam com ellas e podiam ser voluntariamente provocadas pelo operador graças ás excitações, compressões e tracções levadas a effeito sobre a região. De inicio eram ellas violentas e alarmantes, pelo que foi o cirurgião obrigado a agir com redobrada prudencia e especial delicadeza. A infiltração anesthesica dos tecidos peri-tumoraes contribuiu para attenuar a intensidade dos phenomenos desagradaveis. Tal medida alliada ao emprego de uma technica atraumatica fez com que fôsse levado a bom termo o isolamento da face posterior do tumor sem maiores contratempos.

Como interpretar semelhantes reacções? Representam os phenomenos supra-citados ameaças á vida do paciente, e, por isso, deve o cirurgião estar avisado contra elles?

Sem duvida, os phenomenos de depressão de pulso, de bradycardia e de dôr pre-cordial têm significação muito importante e foi devido ao previo conhecimento do mecanismo pelo qual se produzem que, no nosso caso, chegou a intervenção ao exito final satisfactorio já as-

signalado. Com effeito, os estímulos inhibidores cardiacos produzidos por mecanismo nervoso reflexo poderiam talvez ter levado nosso paciente a uma syncope cardiaca possivelmente mortal, se precauções especiaes não tivessem sido postas em jogo.

A região da furcula carotidiana é de facto conhecida como centro reflexogeno importante. Egas Moniz já tinha chamado a attenção para os phenomenos cardio-circulatorios resultantes das excitações desse ponto, mesmo e mórmente quando sejam ellas de natureza chimica e actuem sobre a tunica intrna do vaso, como acontece na encephalographia arterial proposta por esse A. (4). Egas Moniz confirma por tanto desta fórma a existencia no homem das zonas reflexogenas carotidianas descriptas por Hering e Danielopolu.

Trabalhos recentes existem sobre o assumpto e d'entre elles desejamos apenas nos referir aos de Hovelacque e seus collaboradores, e aos de Downs.

Hovelacque, Maes, Binet e Gayes (7) evidenciaram no cão o nervo carotidiano como estrutura importante, e mostraram as connexões existentes entre elle e o corpusculo de Luschka. No animal não é possível vêr-se essa glandula a olho desarmado. O nervo carotidiano envia filamentos numerosos á glandula, nervos que segundo estes AA. seriam ramos principalmente do glosso-pharyngeo e do sympathico. A excitação electrica ou mecanica do *sinus* carotidiano acarreta no animal de experiencia retardamento do pulso e nitida hypotensão arterial (de origem vaso-motora). Taes reacções não se apresentam quando a região da furcula tenha sido antes enervada. As excitações thermicas são igualmente efficientes na producção das supra-descriptas reacções. Concluem os AA. por asseverar que o nervo carotidiano é perfeitamente comparavel ao depressor de Ludwig-Cyon, o nervo sensitivo cardio-aortico. Ambos em conjuncto constituem peças de um mecanismo de protecção. A zona da furcula carotidiana é sem duvida uma região sensitiva que actuando atravez do nervo carotidiano e dos centros medulares, contribue poderosamente para a regulacção da circulação sanguinea.

A noção da sensibilidade peculiar á região da furcula da carotida não se applica apenas quando a céu aberto deva o cirurgião manipular tão delicadas estruturas, taes conhecimentos são ainda de valor na pratica diaria da anesthesia, mórmente quando se emprega o protoxydo de azoto, como bem salientou Downs.

McKean Downs (10) em recente trabalho succedido por um accidente mortal observado subitamente durante uma narcose pelo protoxydo-oxygenio e após analysar meticulosamente os possiveis factores capazes de causar semelhante desfecho, põe em relevo o papel dos reflexos de origem carotidiana.

As experiencias nos animaes reproduziram com muita fidelidade o quadro clinico observado e por isso o A. termina por acceitar a explicação em apreço. As conclusões praticas formuladas neste interessante estudo são:

1º) Na anestesia pelos gazes, deve haver o máximo empenho em evitar a compressão digital da região do seio carotidiano. Ao manter a máscara, o anestesista faz por vezes considerável pressão sobre a cabeça do paciente. Para conservar o maxillar para frente é habito enganchar o rebordo osseo com as pontas dos dedos. Justamente por debaixo do angulo do maxillar é que se acha a zona perigosa, pois que se acredita ser possível a produção de uma syncope respiratoria apenas pela compressão deste ponto.

2.º) Os trabalhos de Florey e Marvin demonstraram ter o ether, ministrado em inalação, a propriedade de diminuir a excitabilidade do *sinus* carotidiano. Portanto, a addicção de ether aos gazes não sómente estimula a respiração como também reduz os effeitos da compressão carotidiana eventualmente produzida.

3.º) Nos casos de acc'dentes desse typo todas as drogas são inuteis. O unico tratamento será manter o paciente sob o regime da respiração artificial.

Conducta cirurgica

Toda a grande gravidade das intervenções destinadas a remoção dos tumores da glandula carotidiana decorre da eventual necessidade de ligar uma, duas ou as tres arterias carotidas.

O tumor adherente aos grossos troncos arteriaes e delles não destacavel, torna-se por vezes inoperavel a não ser que sejam retirados os vasos e outras estruturas ás quaes se ache preso. Naturalmente a gravidade da intervenção augmentará a med'da que os sacrificios de tão importantes estruturas fôr maior.

Apesar de reconhecer a alta mortalidade inherente ás intervenções em que o tumor é retirado após ligadura da carotida primitiva, — mortalidade que varia de 30 a 65 % —, Rankin e Wellbrock (12) praticam sempre a extirpação do tumor.

Aperlo e Rossi (1) na revisão que fizeram da literatura encontraram em 119 casos, 23,95 % de mortalidade. Aconselham a retirada do tumor quando possa ella se fazer sem ex'gir a ligadura carotidiana. Justificam semelhante sacrificio apenas nos tumores malignos, os quaes porem têm grandes probalidades de reincidir. Em resumo a conducta deverá, para esses AA., ser eclectica.

Bevan e McCarthy (2) baseados na alta mortalidade consequente á ligadura da carotida primitiva — 30 % — justificam a resecção do tumor com o vaso sómente nos neoplasmas malignos, indicando a radiotherapia para os casos benignos. Citam o caso por elles observado e no qual, após uma operação apenas exploradora, foi o paciente encaminhado para a radiotherapia. Este doente foi

examinado 13 mezes mais tarde achando-se então sem symptomas e com redução completa da massa tumoral.

A applicação do tratamento pela radiação profunda aos tumores benignos da glandula carotidiana não se acha em qualquer outro A. até a presente data, pelo que nada se poderá acceitar de definitivo quanto ao valor do methodo; contudo Tarnowsky (20) acceita a orientação de Bevan e McCarthy quando se torne necessaria para a retirada do tumor a ligadura das 3 arterias carotidas.

Talmann (19) apesar de reconhecer as difficuldades e riscos proprios ás extirpações dos tumores da glandula carotidiana, julga sempre indicada a retirada dos mesmos e para isso prepara seus doentes por meio de sessões de compressão temporaria da carotida primitiva. Graças a esse processo é que explica o A. seus bons resultados em dois casos, dos quaes um é representado por uma doente com 60 annos de idade. Nos casos em questão foi elle forçado a resecar a furcula da carotida e no entanto os doentes não apresentaram accidentes cerebraes. Insiste este A. sobre a questão do diagnostico pre-operatorio tão excepcionalmente feito e sem o qual não teria sido possivel o preparo por elle preconizado.

Stewart (18) descreve um caso que representa um argumento favoravel á tendencia intervencionista, pois se trata de tumor com caracteres clinicos de benignidade mas na verdade maligno, como demonstrou a histologia.

As observações de Gil (6) e de Stewart (18) mostram que a radiotherapia parece não beneficiar de maneira alguma os tumores malignos da glandula.

Nas observações recentes de Joyce e D'ack (8), de Abbott (1-A- e de Shattock (16), os tumores foram extirpados com successo, enquanto Roberts (13) teve a notar a incidencia de hemiplegia esquerda secundaria á resecção do tronco carotidiano.

A questão está portanto no seguinte ponto: Alguns extirpam o tumor e dentre esses, casos ha de pleno successo, ao lado de outros mortaes e seguidos de accidentes cerebraes graves; outros, como Talmann baseados no diagnostico previo, preparam o doente e retiram o tumor com a furcula carotidiana delberadamente e nada notam de inconveniente para o lado da circulação cerebral; por fim, terceiros julgam melhor prescindir da retirada de semelhantes tumores, devido ao enorme risco inherente ás resecções da carotida (até 65 % de mortalidade).

Qual, portanto, o risco real correlato á ligadura das carotidas? Até onde fica o operador autorizado a praticar a extirpação do tronco carotidiano? Por que meios é assegurada ao cerebro a irrigação de suplencia imprescindivel nas ligaduras?

Vejamos rapidamente as respostas que podemos dar a taes questões.

Consultando a literatura encontram-se afirmações inteiramente antagonicas quanto ao perigo das ligaduras da carotida; assim temos.

Rudolph Matas (citado por Pilcher e Thuss — 11 —) escrevendo em 1911: "*A long and abundant experience with the surgery of the carotid artery, amounting in a period of twenty-five years to over seventy-eight ligations and extirpations of the common trunk and its two branches, has fully convinced me that the risk of fatal intracranial and cerebral complications resulting from an insufficient collateral circulation is not to be underestimated.*"

Ao passo que por outro lado se nos antepõe a opinião de Harvey Cushing (cit. Pilcher e Thuss — 11 —): "*I have ligated the internal carotid many times without apparent symptoms. I don't now recall any accidents, but there may have been some. I have been carefull to restrict these ligations to young or middle-aged persons without vascular disease..... Ligation of the common carotid has little, if any, effect on the circulation of the head and brain, as anastomoses between the two external carotids are surprinsingly free.*"

Os symptomas consequentes ás ligaduras dos grandes vasos arterias do pescoço são de manifestação immediata ou tardia.

No momento da ligadura, ou logo após, o paciente pôde apresentar sensação de desfalecimento seguida de vomitos, suores frios, zozada nos ouvidos e escurecimento da vista. Taes symptomas por vezes são fugazes, ao passo que de outras feitas apenas precedem o apparecimento de perturbações mais graves, como sejam; cephalea homolateral, aphasia, parcial ou completa, hemiplegia contralateral com anesthesias e paresthesias. Essas manifestações podem regredir ou permanecer em definitivo. Com frequencia observam-se casos nos quaes os symptomas acima descriptos se seguem de embaraço respiratorio progressivo e por fim morte.

As perturbações tardias nem pelo facto de apparecerem mais tarde são menos yraves; pois é possivel apparecer subitamente, até mesmo 10 dias depois da operação, hemiplegia seguida ou não de morte.

Dorrance (3) no excellente trabalho recentemente publicado, expoe as 5 theorias até agora propostas para explicar os disturbios secundarios ás ligaduras da carotida. São ellas: 1.º Anemia, consequente ás anomalias do polygono de Willis; 2.º Thrombose e embolia; 3.º Ischemia por vaso-constricção de origem sympathica; 4.º Estase circulatoria; e 5.º Hemorrhagia intra-cerebral. A estas Dorrance acrescenta mais uma, isto é, a que reconhece a possibilidade de lesão cerebral independente da ligadura, mas, secundaria a infecções, meningites, etc.

Como sabemos, a circulação cerebral que de inicio é independente para cada lado e tributar a sómente da arteria carotida interna (Fig. 18-A), fica dentro em pouco ligada pelo apparecimento de uma

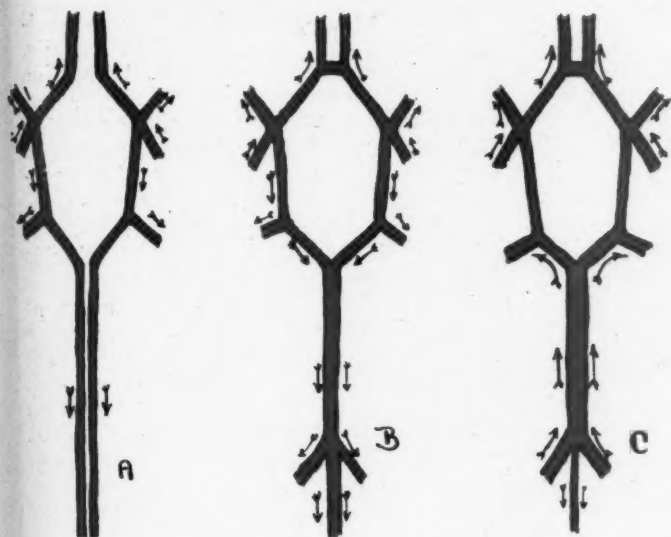


Fig. 18

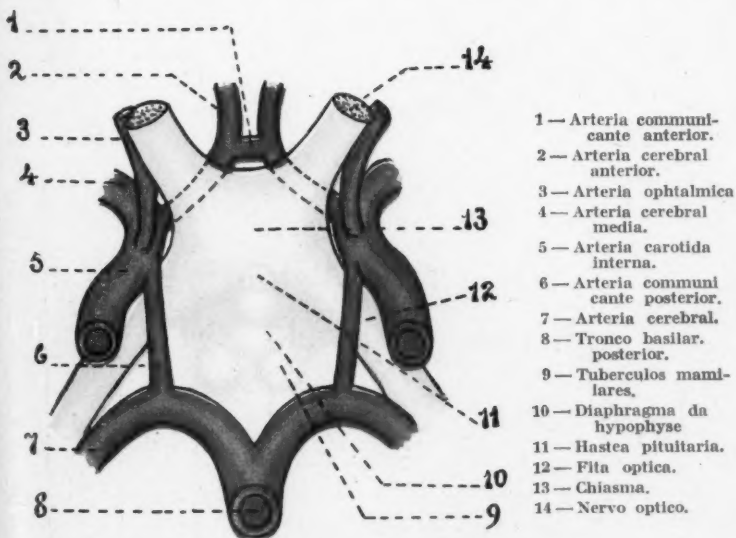


Fig. 19

Face inferior do chiasma optico e hexagono de Willis segundo Favory, in Testut-Latarjet, Anatomie humaine, G. Doin 1930, tomo 2.º, pag. 1203.

comunicação entre as cerebraes anteriores e pela fusão das primitivas arterias caudales em um tronco unico — tronco basilar. (Fig. 18-B). Este tronco, derivado inicialmente de um ramo da carotida interna, ganha em importancia pelo desenvolvimento das arterias vertebraes e sua circulação após algum tempo vem a se fazer no sentido inverso do primitivo (Fig. 18-C), constituindo elle então não mais dependencia do systema carotidiano, mas tão sómente conducto vascular de reforço para aquella rêde.

Como consequencia de sua propria formação embryologica, nem sempre apresenta o circulo arterial que então se fórma — conhecido pela denominação de polygono de Willis — Fig. 19 — o aspecto typico normal; existem variações que foram bem estudadas por varios autores, entre os quaes Mitchell, De Vries, Fawcett e Blackford e Windle.

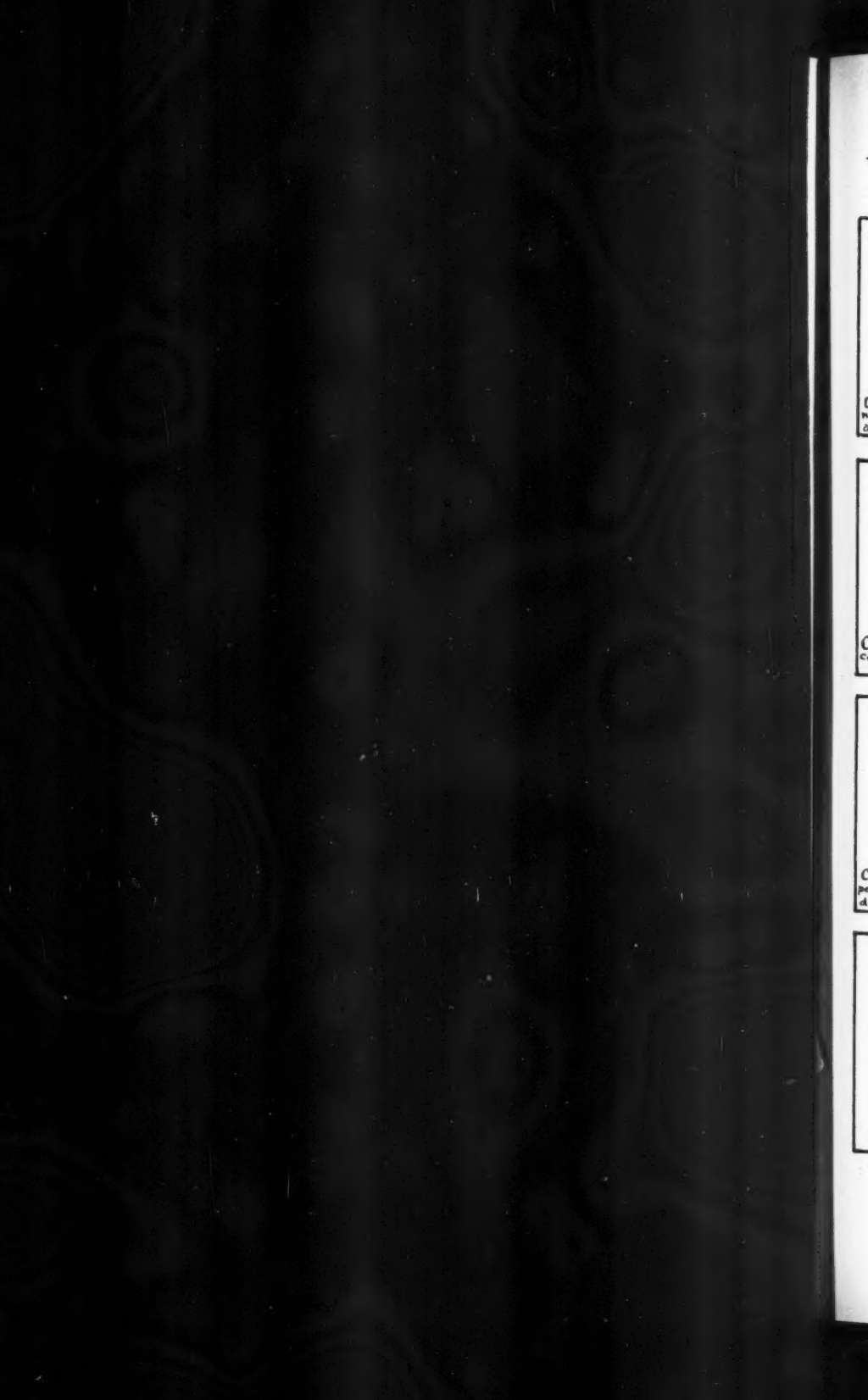
Os dados destes dois ultimos estudos são de valor porque estabelecem a frequencia com que foram as anomalias encontradas, ao passo que nos demais trabalhos apenas encontramos referencias a achados esparsos sem que possamos saber quantas vezes se apresentaram as anomalias em relação á d'stribuição normal do polygono.

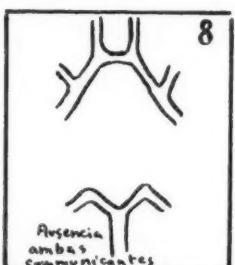
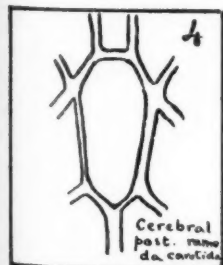
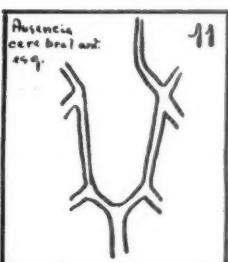
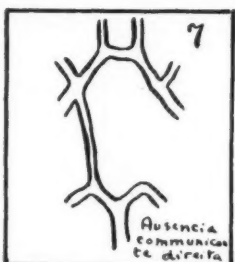
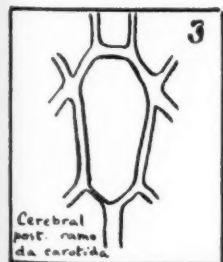
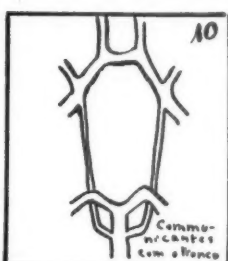
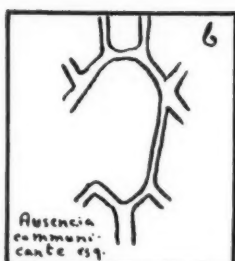
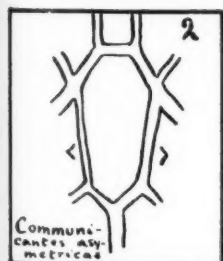
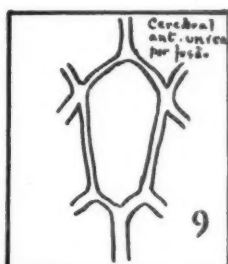
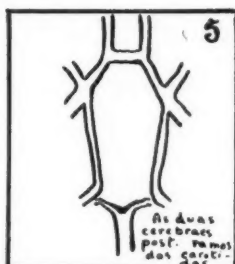
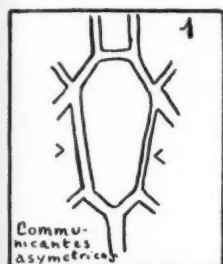
Segundo taes investigações temos:

	FAWCETT E BLACKFORD		WINDLE	
	%	Casos	%	Casos
Polygono completo e symetrico	72,8	510	51,5	103
Polygono completo porem asymetrico :				
Communic. post. maior a dir. (1)	—	64	—	15
Communic. post. maior a esq. (2)	—	87	—	28
Cerebral post. esq. da carot. interna (3)	—	4	—	9
idem idem direita (4)	—	6	—	11
Communicante interior	—	2	—	0
Total	23,3	163	31,5	63
Polygono incompleto :				
Communic. post. esq. ausente (6)	—	10	—	13
Communic. post. dir. ausente (7)	—	13	—	9
Communic. dois lados ausentes (8)	—	3	—	3
Communic. ant. ausente (9)	—	1	—	9
Total	3,8	27	17	34

NOTA — Os numeros entre os parenthesis () referem-se ás figuras do quadro da pagina seguinte.







Anomalias do polygono ar-
terial de Willis segundo
Fawcett e Blackford e segun-
do Windle, in Dorrance —
Annals of Surgery, 1934,
tomo XCIX, pg. 728.

Os AA. concluem que raramente existe um defeito do circulo arterial de importancia sufficiente para produzir redução accentuada da massa sanguinea, julgando Fawcett e Blackford que uma communicante posterior é bastante para manter a ligação dos systemas. Dorrance (3) julga que embora existam anomalias, ellas não são tão communs quanto as perturbações consequentes ás ligaduras.

McCarthy, Meyers, Pfeiffer, Friedmann, Le Fourmenstreux, Zimmermann e Homans (Citados por Dorrance) não acreditam na importancia primordial das anomalias do polygono de Willis como explicação satisfatoria dos accidentes cerebraes. Ha ainda a notar os trabalhos de Pfeiffer (cit. por Dorrance) pelos quaes se tornaram conhecidos os processos intimos da distribuição do sangue no cerebro. Ao lado dos vasos injectores existem os reductores de pressão, capazes de soffrer inversões na direcção da corrente sanguinea, de modo a produzir uma perfeita e bem equilibrada distribuição das pressões e das massas hematicas nos dois hemisphericos. A conclusão deste A. é que o sangue que alcançar os vasos da base será uniformemente dividido por toda a massa cerebral.

Após as ligaduras da carotida verificam-se reduções mais ou menos importantes do volume de sangue destinado ao cerebro, reduções quantitativas, mas o que parece provavel é que raramente esta diminuição será de ordem a acarretar os accidentes observados na clinica.

Cada uma das carotidas internas equivale em calibre ao tronco basilar, portanto, a ligadura de uma carotida interna deverá reduzir o volume de sangue de um terço. Naturalmente é de todo necessario pesquisar a integridade da carotida opposta, antes de encetar a ligadura do outro vaso, para não ser surpreendido por uma aplasia ou accentuada redução de calibre deste vaso, como ocorreu a Homans e Guinard (citados por Dorrance).

Relativamente á questão da massa sanguinea vehiculada pelas carotidas ha um ponto muito importante e para qual nem sempre temos nossa attenção chamada; é a influencia relativa exercida sobre a circulação cerebral pelo ligadura do tronco da carotida primitiva.

A obliteração do eixo carotidiano principal não acarreta senão uma redução de 50 % no volume de sangue da carotida interna (Fig. 20) porque ha um refluxo importante atravez dos ramos da carotida externa anastomosados com os do lado opposto.

A circulação retrograda da carotida externa atravez da furcula para a carotida interna, graças ás anastomoses contra lateraes, já era facto reconhecido por muitos autores, entre os quaes; Baron¹, Caudry, Fisher, Freeman, Guinard, Katz, Keegan, Kolodny, Krampf, Le Fort, Lenormant, Le Fourmenstreux, Matas, Perthes, Ransohoff, Romanis e Mitchiner, Stierlin e Meyerberg, Trotter, Whale, e, Weeks e Gilson (cit. Dorrance); comtudo a applicação mais interessante deste facto encontra-se na operação proposta por Petit-Dutaillis (10-A).



6.

5.

4.

1.

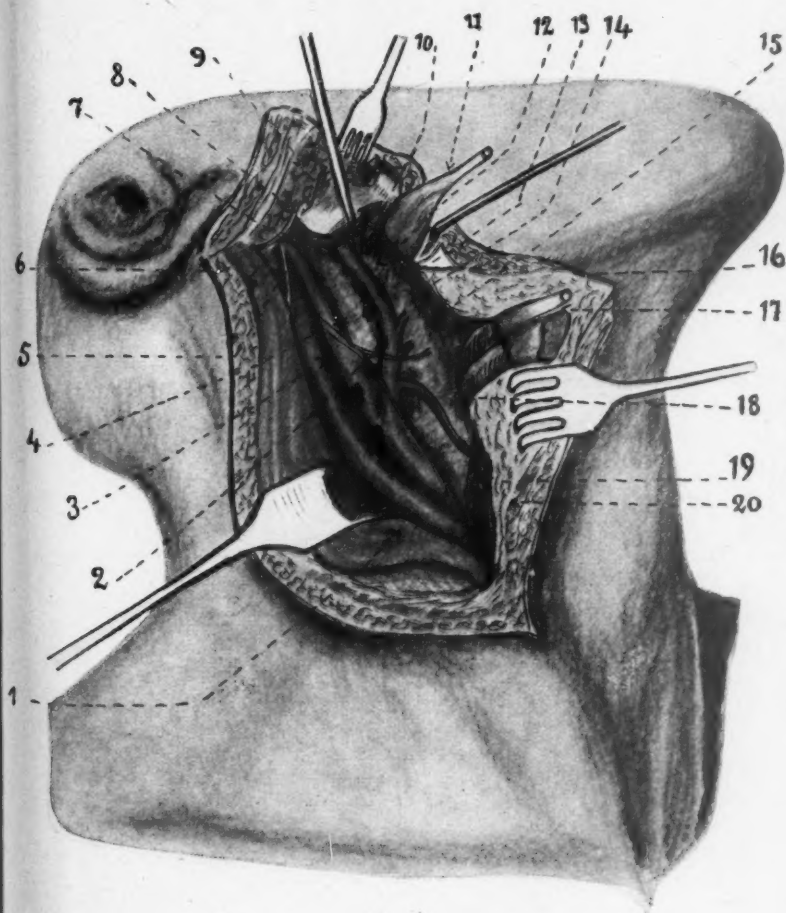


Fig. 20

Região carotídeana segundo Kirschner — Allg. u. Spez. Chir. Operationslehre, III B. Zweiter Teil, s. 296.

- 1—Musculo esterno-clido-mastoi-deo.
- 2—Arteria para o musc. est. clid-mast.
- 3—Veia jugular interna.
- 4—Nervo grande hypoglosso.
- 5—Arteria occipital.
- 6—Arteria auricular posterior.
- 7—Nervo espinhal.
- 8—Nervo facial.
- 9—Glandula parotida.

- 10—Arteria occipital.
- 11—Musculo estyloglosso.
- 12—Arteria carotida externa.
- 13—Arteria auricular posterior.
- 14—Arteria facial.
- 15—Arteria lingual.
- 16—Musculo estylohyoideo.
- 17—Musculo digastrico.
- 18—Arteria thyreoidea superior.
- 19—Glandula thyroide.
- 20—Musculo esterno-thyreoideo.

Reconhecendo a importancia da circulação retrogada existente no tronco da carotida externa, circulação essa realisada em 50 % de sua massa graças a arteria thyreoidéa superior, Pet't-Dutaillis lembrou-se de fazer a anastomose termino-terminal (Fig. 21) do tronco em questão com a carotida interna nos casos de aneurysms da furcula (Fig. 22).

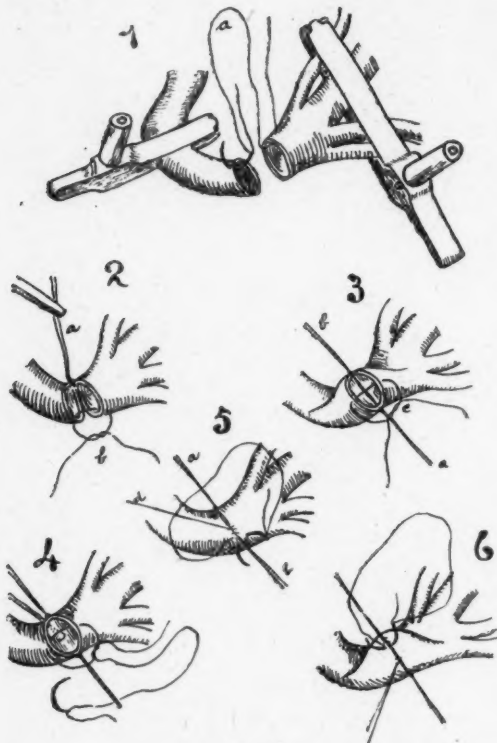


Fig. 21

Anastomose termino-terminal da carotida externa á carotida interna, segundo Petit-Dutaillis in *Journal de Chirurgie*, 1929, tomo XXXIII, pg. 618.

Acham-se representados os diferentes tempos da anastomose. Em 1 e 2, colloração dos fios de apoio no nivel dos angulos. Em 3, collocação do 3.º fio na metade dos labios posteriores da anastomose, após reviramento do vaso. Em 4 e 5 inicio do chuleio dos labios anteriores, a ponta do fio serve como um 4.º apoio. Em 6 continuação do chuleio ao nivel da parte posterior e após reviramento da anastomose.

Era esta operação que tenc'onavamos fazer em nosso doente, tendo para tal tudo preparado, mas a invasão da carotida externa até suas terminações não permittiu que fosse feita a libertação de seu tronco, sendo pelo contrario ligados os ramos em separado.

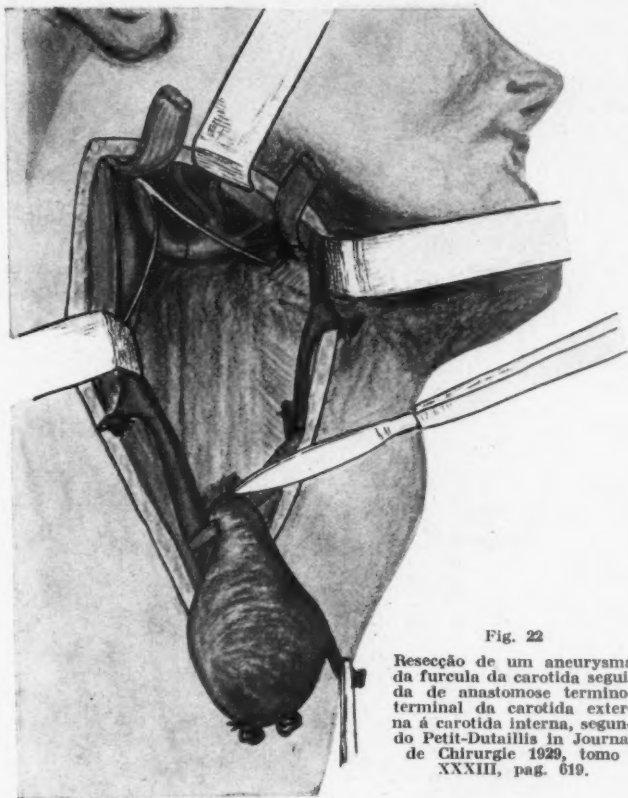


Fig. 22

Resecção de um aneurysma da furcula da carótida seguida de anastomose termino-terminal da carótida externa á carótida interna, segundo Petit-Dutaillis in Journal de Chirurgie 1929, tomo XXXIII, pag. 619.

Para minorar os efeitos da relativa redução da massa sanguínea consequente á ligadura da carótida primitiva tem sido recommendada a ligadura simultanea de sua veia satellite, a jugular interna. Com este recurso seria alcançada uma melhor distribuição do sangue nas terminações arteriaes finas, como bem faz comprehender o eschema de Pemberton e McCaughan (10-A), abaixo reproduzido (Fig. 23).

Prevalecendo-se desta possibilidade foi que Babcock (1-B) propoz e levou a effeito a anastomose carotido-jugular para a decompressão dos aneurysmas aorticos, acreditando ser esta intervenção tambem um novo processo para melhorar as condições de nutrição do tecido pulmonar nos casos de tuberculose avançada (1-C).

A theoria que invoca a thrombose e a embolia como principaes responsaveis encerrará uma parte da verdade e ao mesmo tempo traz

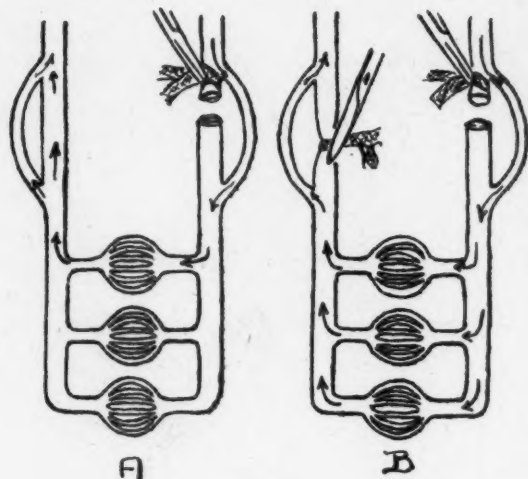


Fig. 23

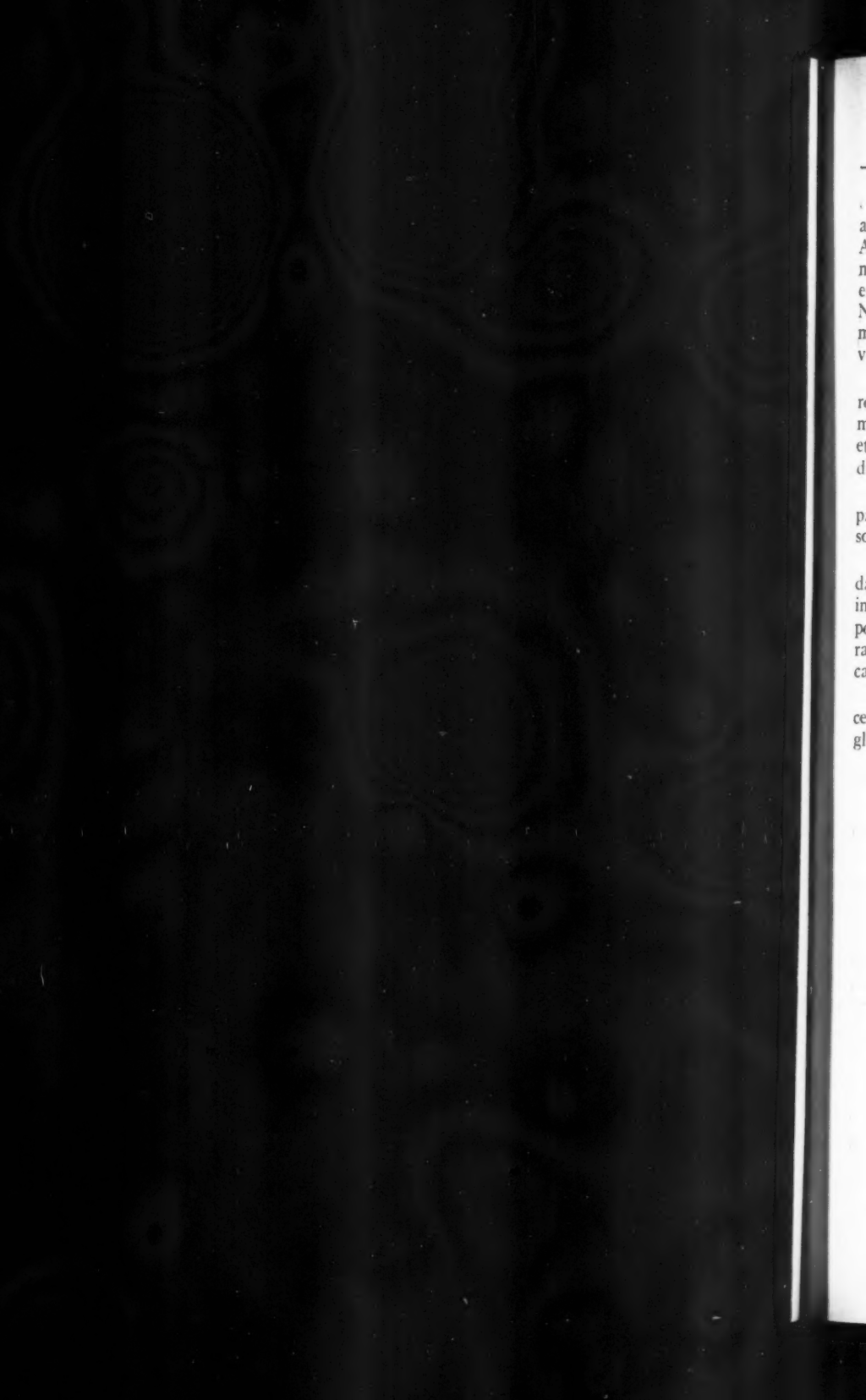
Mecanismo pelo qual age a ligadura venosa nas interrupções da circulação arterial.

- A — A quantidade de sangue mais reduzida que transita pelas arterias collateraes apenas é sufficiente para encher parcialmente o leito arterial terminal pois que encontra facil defluxo atravez das vias venosas dotadas de capacidade ampla.
- B — A ligadura da veia satellite diminuindo a vasão das vias de retorno permite melhor e mais uniforme distribuição da massa sanguinea, muito embora se faça a circulação então com velocidade mais lenta.

Esquemas inspirados do trabalho de Pemberton a McCaughan — *Annals of Surgery*, 1938, XCVI, 1103.

formal contra-indicação aos recursos representados pelas compressões da arteria antes da ligadura, uso de pinças, faixas de aponevrose ou de metal. Taes processos facilitariam a deposição de thrombos.

As reacções de origem nervosa reflexa causadas pela manipulação traumatizante do entroncamento da carotida representará a nosso vêr papel muito importante na genese de muitos desfechos mortaes observados na mesa operatoria. O perfeito conhecimento dos factos assinalados no capitulo referente a physiopathologia e confirmatorios da noção de syncope vaso-vagal descripta por Lewis, tem para os cirurgiões que se ded'cam á cirurgia do pescoço, importancia fundamental. Já em 1931 no Congresso de Medicina Internacional reunido em Moscou, Mandelstamm e Lifshitz mostravam que: 1.º) A irritação meca'ca do seio carotidiano no homem desencadeava um reflexo depressor energico sobre o coração e circulação. 2.º) Compressões de prova sobre outras areas vasculares não eram seguidas de taes respostas. 3.º) Não existe diferença quanto aos lados nem em relação aos sexos. 4.º) A frequencia e a intensidade dos reflexos var'iam muito claramente em relação a idade.



-
a
A
n
e
N
m
v

re
m
et
d

p
so

d
in
pe
ra
ca

ce
gl

Nos jovens sómente em 25 % dos pacientes é possível produzir as reacções depressoras e estas mesmas são de pouca intensidade. A prisão arterial baixa de 5 millímetros em média. Nos individuos mais velhos, o reflexo se produz em cerca de 96 % dos casos, e se evidencia por uma queda de pressão de mais ou menos 27 mm. Hg. Nos casos de arterio-esclerose e hypertensão, a depressão será tanto maior quanto elevada fôr a pressão inicial; é então possível observar baixas de 100 a 110 mm. Hg.

Certos AA. descrevem o reflexo como sendo exaltado pelo chloroformio, pela morphina, e pela digitalina; e, affirmam, contrariamente ao que assevera McKean Downs, não ser influenciado pelo ether. Todos estão todavia de accôrdo em aceitar o effeito supressor da infiltração anesthetica.

Em conclusão, os reflexos de origem carotidiana desempenham papel de monta nos accidentes observados durante as intervenções sobre os vasos do pescoço.

As observações feitas nos animaes para investigação do effeito das ligaduras sobre o cerebro, mostram todas que no cão são taes interrupções vasculares muito mais supportaveis do que no homem: por isso, tanto Stekolnikov (17) como Romeo (14), que trabalharam nesse terreno, concluem por fazer certas resalvas acerca da applicabilidade ao homem dos dados obtidos no cão.

Em resumo e como derivado de tudo quanto foi exposto, parece-nos que a orientação mais aceitavel em presença de um tumor da glandula carotidiana, será:

Pelas perturbações que estiver causando, pelo crescimento progressivo apresentado, pela possibilidade de encerrar elementos neoplasticos malignos, dever-se-á extirpar o mais precocemente e sempre que possível os tumores da glandula carotidiana, enquanto não ficar provado o effeito curativo constante da radiotherapia profunda.

A extirpação não admite resalvas se puder ser feita apenas com o sacrificio da carotida primitiva, da carotida externa tão sómente, ou, quando fôr viavel a execução da operação de anastomose vascular de Petit-Duaillys.

A conducta intervencionista presuppõe perfeito conhecimento do mecanismo de produção dos reflexos cardio-circulatorios e respiratorios de origem vascular, o emprego da anesthesia local exclusiva e o uso de uma technica cirurgica absolutamente atraumatica.

Nos individuos de mais de 40 annos ou n'aquelles de idade menor mas que apresentarem evidencias de al-

terações arterio-escleróticas, a extirpação do tumor não deverá ser feita se exigir a resecção da furcula.

Na expl'cação dos accidentes consecutivos ás ligaduras carotidianas accetamos com Lipshutz (9) a influencia combinada de varios factores, a saber: *a)* Estado geral e idade do paciente; *b)* Condições vasculares intrinsecas — arterio-esclerose —; *c)* Papel representado pelo modo de applicar a ligadura; *d)* Importancia relativa das anomalias do polygono de Will's; mas para dar cabal interpretação aos accidentes graves immediatos põmos em primeiro plano os já descriptos phenomenos inhibitorios reflexos de origem vascular.

Conclusões

- 1.º) Os tumores da glandula carotidiana são raramente encontrados na clinica e seu diagnostico pre-operatorio só é feito muito excepcionalmente.
- 2.º) O adequado diagnostico poderá ser formulado, desde que seja a hypothese da existencia do tumor aventada, e os dados de anamnese sejam corroborados pelos caracteristicos physicos seguintes:
 - 1.º) Quanto á séde: Tumor local'sado ao nivel da furcula da carotida.
 - 2.º) Quanto á mobilidade: Mobilidade manual apenas no sentido transversal.
 - 3.º) Quanto ao typo de pulsação: Pulsação não expansiva e não, expansão pulsatil.
- 3.º) A conducta cirurgica só poderá ser traçada após previo balanço das condições geraes e locaes. O diagnostico estabelecido de antemão permittirá agir com muito maior segurança do que quando a lesão se apresentar como uma surpresa de operação. O criterio eclectico é o unico compativel com a prudência e moderação necessarias á clinica.
- 4.º) Os reflexos vasculares da forquilha carotidiana apresentam tão grande interesse, e o perfeito conhecimento de taes reacções é de tão largo alcance, que a exaltação de sua significação nunca será demais.

Bibliographia

- 1) APERLO, G. e ROSSI, F. — *Tumors of carotid gland*. Clin. chir. 1927, III, 26. resumo in Int. Abst. Surg. 1928, XLVII, 9.
- 1-A) ABBOTT, C. — *Tumor of carotid body*. J. A. M. A. 1934, CIII, 21.
- 1-B) BABCOCK, W.W. — *Operative decompression of aortic aneurysm by carotid-jugular anastomosis*. Surg. Cl. of Nort. Amer. 1929, Oct., 1031.
- 1-C) BABCOCK, W. W. — *Carotid-jugular anastomosis in the treatment of advanced pulmonary tuberculosis*. Surg. Cl. of Nort. Amer. 1929, Oct., 1043.
- 2) BEVAN AND MCCARTHY — *Tumor of carotid body*. Surg. Gyn. Obst. 1929, XLIX, 764.
- 3) DORRANCE, G. — *Ligation of the great vessels of the neck*. Ann. of Surg. 1934, XCIX, 721.
- 4) EGAS MONIZ — *Tumeurs cerebrales*. Masson 1931. pg. 257.
- 5) EWING, J. — *Neoplastic diseases*. Saunders 1928, pg. 378.
- 6) GIL — *Paraganglion de la glande carotidienne*. Galicia clinica 1931, III, 605. resumo in Journ. de Chir. 1932, XL, 250.
- 7) HOVELACQUE, A. J., BINET, L. AND GAYET, R. — *The carotid nerve*. Presse Med. 1930, XXXVIII, 449. resumo in Int. Abst. Surg. 1930, LI, 384.
- 8) JOYCE AND DIACK — *A tumor of the carotid body*. Surg. Cl. North Am. 1934, Dec. 1397.
- 9) LIPSHUTZ, B. — *Injuries of the large arteries*. Surg. Gyn. Obst. 1928, XLVI, 62.
- 10) MCKEAN DOWNS — *The carotid sinus as an etiological factor in sudden anesthetic death*. Ann. of Surg. 1934, XXIX, 974.
- 10-A) PETIT-DUTAILLIS — *La resection de la poche combinee a l'anastomose bout a bout de la carotid externe de la carotide interne, methode de securite dans la cure des aneurismes de la fourche carotidienne*. Journ. de Chir. 1929, XXXIII 609.
- 10-B) PEMBERTON, J. DE J. AND MCCAUGHAN, J. M. — *Traumatic lesions of arteries: Indications for therapeutic ligation of veins*. Ann. of Surg. 1932, XCVI, 1103.
- 11) PILCHER, C. AND THUSS, C. — *Cerebral blood flow: III and IV*. Arch. of Surg. 1934, XXIX, 1024.
- 12) RANKIN, F. W. AND WRLLBROCK, W. L. A. — *Tumors of carotid body*. Ann. of Surg. 1931, XCIII, 801.
- 13) ROBERTS — *Tumeurs du tronc carotidien*. Proceed. Royal Soc. of Med. London 1928, XXI, 1863. Resumo in Journ. de Chir. 1929, XXXIII, 647.
- 14) ROMEO — *The collateral cerebral circle after ligation of the large vessels of the neck*. Clin. chir. 1931, VII, 881. Resumo in Int. Abst. Surg. 1932, LIV, 324.
- 15) SCHMIDT, L. — *Contribution aux tumeurs malignes de la glande carotidienne*. Deutsch. Zeits. f. Chir. 1929, CCXVI, 235.
- 16) SHATTOCK — *Tumeur du tronc carotidien*. Proceed. Royal Soc. of Med. London 1928, XXI, 1863. Resumo in Journ. de Chir. 1929, XXXIII, 647.
- 17) STEKOLNIKOW — *The influence on the brain of ligation of cerebral vessels*. Nov. Chir. Arch. 1930, XXI, 396. Resumo in Int. Abst. Surg. 1932, LIV, 116.
- 18) STEWART, H. — *Anatomic pathologique et traitement des tumeurs du corpuscule carotidien*. The British J. of Surg. 1931, XIX, 114. Resumo in Journ. de Chir. 1932, XXXIX, 418.
- 19) TALMANN — *Deux cas de tumeurs de la gland carotidienne*. Zentralbl. of Chir. 1929, LVI, 1039. Resumo in Journ. de Chir. 1929, XXXIV, 363.
- 20) TARNOWSKY — *Probable bilateral tumor of the carotid body*. Am. J. of Surg. 1932, XVIII, 261. Resumo in Int. Abst. Surg. 1933, LVI, 287.



PANLUOL

FORMULA

CADA AMPOLA de 2 CC. CONTEM
Iodobismuthato de Quinina 0,17 grs.
Cholesterina 0,005 grs.
Oleo de Oliva Neutro q.b.

LABORATORIO
BRASILEIRO DE TERAPEUTICA L^{DA}

R. BRAULIO GOMES, 25

S. PAULO

Carie vertebral em um syphilitico

Dr. Murillo Pereira Rego

Chefe da 1.^a Enfermaria do Hospital Nossa Senhora do Socorro.
(Rio de Janeiro)

A presente observação tem como unico objectivo: despertar a attenção dos clinicos e neuro-cirurgiões para a realidade da syphilis vertebral e afastar de vez as idéas preconcebidas e erroneas de ser a "columna vertebral immune contra a syphilis".

Nestes trabalho visamos ressaltar e attestar a existencia das spondylites syphiliticas, pouco suspeitadas e conhecidas entre os clinicos, devido não só ao seu complexo quadro clinico como tambem á falha de certos exames complementares, indispensaveis no seu conjuncto para uma perfeita elucidacão no sentido do bom diagnostico, o qual nos levará á therapeutica apropriada e adequada.

Facto a registrar, é que nos casos de Mal de Pott cervicaes ou dorsaes em que o diagnostico etiologico fôr duvidoso para a natureza especifica do bacillo de Koch, devemos sempre admittir a possibilidade morbigena de uma spondylite luetica, pois "a realidade da osteomyelite syphilitica destructiva é hoje facto indiscutivel, e a concomitancia pathogenica dos dois factores, bacillo de Koch e treponema, desde Nonne, verdade incontestavel".

Este pequeno "introito" da nossa exposicão clinica foi redigido na intenção de fazer sobresahir tão delicado quadro morbido, que interessa não só ao clinico, como tambem ao neurologista, ao neuro-cirurgião, ao tisiologo especializado e aos syphiligraphos.

Si tal conseguirmos já nos confessamos satisfeitos.

Passamos em seguida ao caso que nos proporcionou estas considerações:

A. M. S., brasileiro, pardo, operario, 44 annos, solteiro. Entrada no nosso serviço a 23 de Fevereiro de 1933, indo occupar o leito 5.

Antecedentes pessoais. — Teve as doenças da infancia. Pneumonia aos 16 annos. Em 1910 contrahiu um cancro venereo seguido de dores rheumatoides. Nega rheumatismo polyarticular febril. Ethylista e tabagista moderado. Nunca fez tratamento anti-luetico.

Historia da doença actual. — Procurou o nosso serviço porque desde ha 3 mezes sente fadiga ao menor esforço muscular, falta de ar e pés inchados.

Exame do doente. — Trata-se de um individuo emmagrecido, sem febre, de mucosas descoradas, dyspnéico. Pulso radial a 90, regular e cheio. Dança das arterias. Vaquez-Laubry: P.a. (Mx-14. Mn-4). Sternalgia, tibialgia e ganglio de Ricord á esquerda.

Exame dosapparehos. — (a) Circulatorio: pulso depressivel, cabriolante (pulso aortico). Dança das arterias humeraes e vasos da base do pesço. Aorta palpavel na furcula esternal.

Ictus no 7.º espaço intercostal a 10cm. da linha meso-esternal. Presença de fremito felino no precordio. A ausculta revelou-nos na base um duplo sopro, em jacto de vapor, systolico e diastolico, propagando-se para o appendice xyphoide e ponta do coração. Erethismo da 1.ª bulha na ponta do coração.

b) Respiratorio: Sub-massicez nas bases pulmonares com diminuição do fremito. Murmuro respiratorio normal. Não tem tosse nem expectoração.

c) Digestivo: Phenomenos dyspepticos. Hepatomegalia. Baço normal.

Exames complementares. — 2-3-935. Radiographia. Coração e vasos da base: "Grande augmento do volume global da area cardiaca. Ectasia cylindrica da aorta. O augmento de volume predomina no ventriculo esquerdo." — (a) Paulo Cortes.

Diagnostic. — Insufficiencia aortica com ectasia.

Tratamento. — Repouso. Regimem lacteo-farinaceo. Digitalina e cholagogos.

Alta. — Coração compensado a 18-3-935.

Reentrada. — Readmissão a 25-3-935 pela mesma symptomatologia classica devido á quebra dietetica e ao trabalho excessivo. Convenientemente medicado voltou o equilibrio circulatorio.

Intercorrenca morbida. — A 6 de Abril queixou-se de uma dôr entre as omoplatas que o impossibilitara de dormir. A ausculto do thorax local nada revelara, bem assim a tosse provocada e a respiração profunda: attribuímo-lo a uma Pleurodynia.

Empregamos infructiferamente nos dias subsequentes toda a gamma dos anti-neuralgicos conhecidos. A dor constante, intensa, e rebelde tinha uma exacerbação nocturna tão nitida que chegava a impedir o somno.

Durante este tempo a algia corporificou-se numa nitida nevralgia inter-costal com ponto de partida entre os omoplatas, com faixa de propagação em "arco de tonnel" para o mamillo direito e epigastrio ao longo dos espaços inter-costaes correspondentes.

Pensamos num zona ou n'um rheumatismo syphilitico, e já que mesmo em certos herpes zoster as vesiculas herpeticas falham, resolvemos iniciar o tratamento especifico pelo bismutho soluvel de 3/3 dias.

Depois de ter tomado 3 empolas de bismutho houve uma exacerbação tão nitida das algias, que dores atrozes importunaram o doente dando como consequencia uma nova descompensação cardiaca.

Paramos então o bismutho e attribuímos este quadro á uma possivel reacção de Herxheimer.

Apoz nova compensação cardiaca procedemos a um exame mais detalhado da columna vertebral, encontrando:

Nevralgia inter-costal — Pontos de Walleix:

a) Para-vertebraes — Presentes ao nivel dos buracos sacros da 6.ª, 7.ª e 8.ª vertebraes dorsaes direitas;

b) Axillares anteriores — Presentes ao nivel do 6.º e 7.º espaços intercostaes;

c) Sternaes — Presentes;

d) Epigastrico — Presente.

Columna vertebral:

a) Pontos de Walleix presentes ao nivel da 6.ª, 7.ª e 8.ª R. dorsaes;

b) Rigeza reflexa do dorso e tronco(movimento em bloco massiço);

c) Perda dos movimentos de lateralização;

d) Scoliose reflexa lateral direita;

e) O espirro, a tosse, a defecação despertam viva dor local;

f) Funções genito-urinarias — Normaes.

Diagnostic clinico. — Nevralgia inter-costal por compressão?

Exames complementaes. — 13-6-933. Radiographia do thorax: "Accentuação pronunciada da trama conjunctivo-vascular do hemithorax direito (tramite). Seio costo-phrenico direito obscurecido. Augmento global da area cardiaca com Ectasia da crosa da aorta" (a) Paulo Cortes.

18-6-933. Sangue: Wassermann — Positivo. Kahn — Positivo. (a) Octacilio Rainho.

18-6-933. Liquido racheano — Puncção lombar: extracção de 10cc. de liquido, limpido, crystallino, cahindo gotta á gotta.

Lymphocytose — Raros leucocyts.

Albuminose — 0,40

Wassermann — Fortemente positivo.

Benjoim colloidal — Positivo (zona luetica). (a) Octacilio Rainho.

25-6-933. Sangue — Indice de Velez: Fracamente positivo.

I	II	III	IV	V	
43	31	19	6	1	100 neutrophyls.

(a) Octacilio Rainho.

16-6-933. Columna vertebral (Região dorsal) — Radiographia: "Rarefação do tecido osseo dos corpos vertebraes da VII e VIII vertebraes dorsaes. Esmagamento dos corpos vertebraes. Ligeira cyphose da columna nesta região." — (a) Paulo Cortes).

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL: — Como veem, estamos em presença de um doente de idade madura, de confêssão passado venereo de longa data (há 23 annos teve um cancro logo seguido de dores rheumatoides) que nunca fez tratamento especifico; tendo actualmente sternalgia, tibialgia, ganglio de Ricord e internado no nosso serviço por uma das mais frequentes localisações visceral da syphilis, a syphilis da aorta: a insufficiencia aortica com Ectasia, "já em estado de descompensação".

Convenientemente medicado pelos tonicardiacos, restabelecemos em breves dias o equilibrio circulatorio. Apoz a sua readmissão apresentou "ex abrupto" uma intercorrenca morbida caracterizada por um quadro de nevralgia intercostal com pontos de Walle's vertebraes positivos nas 6.^a, 7.^a e 8.^a dorsaes.

Afastadas as hypotheses de pleurodynia e zona inclinamo-nos a pensar num Rheumatismo syphilitico ou numa Spondylose osteophytica.

Iniciamos neste interim o tratamento especifico pelo bismutho. Na 3.^a empola fomos obrigados a suspendel-o devido a uma reacção de Herxheimer das mais typicas, que trouxe no seu bojo uma grave descompensação cardiaca.

Pensamos então numa compressão de medulla ou raizes, e todo o nosso esforço foi orientado no sentido e desvendar a causa desta compressão, recorrendo então afóra o exame mais detalhado da columna vertebral á uma serie de exames complementares, valioso auxilio para o profissional.

Afastadas as causas traumaticas directas (quédas, balas, luxação, fracturas, etc....) e os accidentes immediatos sem lesão (con-

tusão, commoção), restava-nos o complexo quadro das "causas lentas de compressões".

Podemos classificar-as, vindo por ordem anatomica de dentro para fóra da medulla, em:

- a) Tumores intra-medulares
- b) Tumores das meninges;
- c) Tumores extra-meninges (entre a rache e a dura-mater);
- d) Lesões vertebraes;
- e) Causas extra-vertebraes.

Resolvemos por esta occasião fazer um exame detalhado do systema nervoso. Nada de anormal encontramos em relação: á marcha, aos reflexos cutaneos e rotulianos, ás varias sensibilidades, ausencia de Romberg e Argyll-Robertson, Babinsky negativo; ausencia de syndrome de Brawn-Sequard e de dores fulgurantes, funcções genito-urinarias integras.

Havia assim integridade physiologica da medulla.

As reacções de Wassermann e Kahn positivas no sangue denotavam uma nevralgia inter-costal "num terreno intensamente syphilitico", não só pelas reacções serologicas como ainda pelos dados anamnesticos, pelos stygmata actuaes e pela insufficiencia aortica.

A punção racheana nos dando um liquido limpido, não hypertenso, cahindo gotta á gatta e a ausencia da dissociação albuminocytologica (Syndrome de Sicard e Foix) nos fez excluir uma causa nitida de compressão medullar, pois a taxa de 0,40 % de albumina póde ser considerada normal.

As reacções de Wassermann e benjo'm colloidal positivas vieram confirmar no nevraxe "um terreno profundamente syphilitico".

A radiographia dos pulmões, o indice de Velez, a ausencia de pleuriz anterior, escrophulas ou hemoptises, etc., tornavam o "terreno tuberculisavel pouco accentuado".

Chegamos assim ao diagnostico preciso de "compressão de raiz em um syphilitico".

A radiographia da columna dorsal veiu confirmar de maneira nitida a "Carie vertebral" localisada na VII.^a e VIII.^a raizes dorsaes.

O diagnostico passou a ser: "Carie vertebral em um syphilitico".

CARIE VERTEBRAL — ETIOLOGIA. — Das entidades morbidas mais frequentes de lesões vertebraes sobresaem de prompto

- a) Tuberculose vertebral;
- b) Cancer vertebral;
- c) Syphilis vertebral.

Quanto aos canceres vertebraes, temos a dizer que quasi sempre são focos metastaticos, embolicos, de cellulas neoplasicas primitivamente

localizadas em outros órgãos (estomago, utero, se'os, pelle, recto, etc....) e para lá levados pela torrente sanguinea ou lymphatica.

Eliminamos no nosso doente a causa cancerosa: 1.º Porque os canceres vertebraes primitivos além de serem rarissimos dão imagem radiographica typica (nucleo de sombra encrustado); 2.º Nos casos de canceres secundarios ou embolicos além dos signaes clinicos evidentes de cachexia ha signaes morbidos que denunciam o órgão primitivamente attingido; 3.º Presença no liquor de cellulas neoplasticas ou hematias; 4.º Liquor pathologico para outras affecções nosologicas; 5.º Evolução rapidamente mortal.

Ficam assim no taboleiro do diagnostico a tuberculose e a syphilis.

No presente caso em relação á bacillose não encontramos no passado familiar nenhuma referencia positiva neste sentido Quanto aos seus antecedenes morbidos pessoas nada encontramos em relação: á scrophulas, hemoptises, pleuriz, pneumonias "arrastadas", emmagrecimento, suores nocturnos, asthenia, etc... A radiographia dos pulmões normal, sem nenhuma lesão infiltrativa parenchymatosa, manchas hilares ou cicatriciæ suspeitas.

No nosso doente a superioridade no indice de Velez do grupo II sobre o grupo III com um valor superior a 10 (31:19) constitúe a classica "inversão nuclear", frequente nas tuberculososes evolutivas e tambem na syphilis.

Não nos foi possivel fazer o lipiodol — dagnostico alto por punctão sub-occipital, bem assim a reacção de Mantoux, devido á difficuldade de obtermos as varias diluições da tuberculina e tambem porque aggravando-se os padecimentos do doente resolvemos a sua remoção para a Clinica Neuro-Cirurgica da Faculdade.

Apezar deste senão, ficamos muito inclinados a admittir que estavamos em presença de um caso morbido causado em grande parte pela syphilis, pois que em um individuo de passado venereo de longa data, que nunca fez tratamento especifico, que apresenta sternalgia, tibialgia, ganglio de Ricord, portador de uma insufficiencia aortica já descompensada, com reacção de Wassermann e Kahn positivas no sangue: apresenta-se um quadro subito de nevralgia intercostal, rebelde aos antinevralgicos, com nitida exacerbação nocturna, que o repouso ao leito não melhora, que um tratamento especifico por bismutho soluvel desperta uma nitida reacção de Herxheimer descompensando o coração e obrigava-nos a parar o tratamento.

Os exames do liquor denunciavam um terreno profundamente syphilitico no nevraxe e uma radiographia da columna vertebral evidenciou uma carie vertebral com esmagamento e destruição de vertebraes.

A possibilidade de uma osteomyelite gommosa, de uma gomma vertebral ou de uma spondilite destructiva syphilitica era manifesta, porém só podiamos conscientemente affirmar-a pela posterior nega-

tividade: 1.º) da intra-dermo reacção de Mathoux; 2.º) da ausência de reacção focal apoz injeccão subcutanea de tuberculina antiga em dose unica; 3.º) pela negatividade da inoculação do puz fistuloso em cobaya, no caso de haver fistula.

Preferimos assim o diagnostico de carie vertebral em um syphilitico" por ser ma's consentaneo com a realidade dos factos.

REMOÇÃO — A 29 de Maio de 1933 para a Clin'ca Neuro-Cirurgica da Faculdade de Medicina a cargo do Prof. Alfredo Monteiro com carta explicativa.

Obito a 13 de Junho de 1933 em asystolia e collapso cardiaco.

CONSIDERAÇÕES CLINICAS — Todos nós sabemos e em especial os syphiligraphos que a syphilis é um verdadeiro Proteu no dominio da pathologia, pois pode-se dizer sem receio de exagero que todos os órgãos e tecidos nobres são por ella attingidos e lesados: "desde a pelle até os ossos" para empregarmos uma expressão tão nossa e vulgar.

Naturalmente ha tecidos de tropismo mais accentuado que outros, mas mesmo assim estes ultimos pagam elevado tributo na escala percentual dos casos publicados até hoje.

Assim os ossos, relativamente pouco attingidos no secundarismo são no dizer de Fournier "principalmente lesados pela syphilis no periodo terciario, e depois do systema nervoso e da pelle" são os que dão maior percentagem de manifestações terciarias".

"Em cerca de 661 casos de lesões osseas, verificou um perfeito parallelismo entre o terciarismo osseo e o terciarismo geral, pois 73,8 % do terciarismo osseo e 70 % do terciarismo geral appareceram nos 10 primeiros annos de doença, e cerca de 18 % e 22,3 % dos 10 aos 20 annos".

Quadro interessante é o de Julien onde em cerca de 64 casos de syphilis ossea verificou 19 vezes lesões no nariz, 15 na tibia, 15 na abobada palatina, 5 no sternum, 4 na clavícula, e 1 em outros ossos.

Fournier em cerca de 945 lesões osseas terciarias; 287 estavam no membro inferior, sendo 218 na tibia ou seja 26 %; 238 no systema nasopalatino ou seja 25 %; 179 no craneo; 103 no membro superior e em especial no cubito e humero; 98 vezes no thorax; 29 vezes nas costellas; 24 no sterno e 43 na clavícula; 9 vezes na rache e 5 na bacia.

Por esta estatistica vemos que em cerca de 1.000 lesões osseas terciarias mais da metade ficam para as lesões tibiaes e naso-palatinas sendo rarissimas as lesões de rache — 9 por mil.

Interessante seria a estatistica dos Mal de Pott tidos "grosso modo" por tuberculosos, quer os de clinicas privadas quer os hospitalares e sanatoriaes, os 2 ultimos principalmente.

Assim Meirosky e Pinkum, Schlesinger, Nonne, Ziesché, Petrén Darier, Hunt, Oppenheim entre outros, chamam a attenção "para a relativa frequencia das spondilites lueticas", sendo de notar ser principalmente entre os syphiligraphos que estes casos apparecem

na trama difficil dos diagnosticos; mas mesmo entre estes especialistas ha syndromas incolores e imprecisas em que: a anamnese passada e presente, os stygmata, a presenca de lesões typicas cutaneo-mucosas ou nervosas, o quadro clinico, a serologia sanguinea, o exame completo do liquor não permitem um d'agnostico preciso.

Devemos então controlar o bom diagnostico na elucidação da sua pahogenia pela: — intra-dermo-reacção de Manthoux, pela injeccção sub-cutanea de tuberculina antiga, por uma transitoria reacção de Herxheimer e pela prova therapeutica especifica em doses efficazes.

Ha entretanto casos em que a presenca da syphilis no organismo não exclue a existencia de outras doenças, em especial a tuberculose. Umluetico póde contrahir uma neoplasia; um syphilitico póde ser um tuberculoso curado; um pleuriz póde despertar num syphilitico uma evolução latente vertebral; uma syphilis grave póde fazer evoluir uma spondylite tuberculosa.

E' esta concomitancia evolutiva ou coexistencia do "terreno tuberculose em um syphilitico" que o grande Nonne fez ressaltar e que entre nós o sempre lembrado Mestre Miguel Couto dizia ser "o syphilato de tuberculose".

Assim em nenhum caso de spondylite possivelmente syphilitica devemos renunciar á pesquisa da reacção de Manthoux, da injeccção subcutanea massica da tuberculina antiga e só os seus resultados nitidamente negativos de reacção local e focal e da inoculação do puz fistuloso em cabayas que, por exclusão e pela prova patente da therapeutica anti-luetica inclina-se o fiel da balança para a realidade do terreno exclusivamente syphilitico.

Nestes casos uma reacção de Herxheimer transitoria ou uma nitida influencia favoravel da prova therapeutica nos symptomas e nas reacções serologicas e do liquor são fortes elementos para uma elucidação etiopathogenica, não devendo entretanto esquecermos que o "terreno tuberculoso póde persistir" e 2, 5 e 10 annos mais tarde evolua dando num antigo syphilitico bem tratado uma verdadeira spondylite tuberculosa.

Esses casos nos servem de aviso para os diagnosticos precipitados e afoitos afim de sermos muito prudentes nos casos de carie vertebral em individuos syphiliticos ou suspeitos de bacillose.

Os factores "tempo e cautella" são empyrismos que não devemos desprezar, são armas poderosas muitas vezes, num bom diagnostico, po's com isto evitaremos situações desagradaveis para o medico e a familia do doente dizendo "ser tuberculose de vertebra uma spondylite syphilitica" ou vice-versa, mandando para a mesa operatoria a quem uma boa therapeutica especifica anti-luetica mudará o quadro scenico desta grande tragedia que é o Mal de Pott.

O Laboratorio Productos Ippe
apresenta a DD. Classe Medica o seu novo
producto :

Ippe
Calcio
Granulado

RECALCIFICANTE - VITAMINADO

PARA ASSEGURAR A CALCIFICAÇÃO
OSSEA

NA CONVALESCENÇA DAS MOLESTIAS
INFECCIOSAS

ESTADOS PREBACILLARES
ESTIMULANTE DA HEMATOPOIESE
PHOSPHATURIA

ASTHENIA
ACCELERADOR DA LEUCOCYTOSE

**UNICA
FORMULA
NACIONAL**

**ASSIMI-
LAÇÃO
TOTAL**

FORMULA

Extracto de oleo figado Bacalhau
Extracto de glandula parathyreide
Lecithina
Gluconato de calcio
Hypophosphito de calcio
Glycerophosphato de sodio
Cacau
Saccharose

DOSES

ADULTOS: 4 colheres das de chá por dia.

De 5 a 10 annos: 2 colheres das de chá
por dia.

Abaixo de 5 annos: 1/2 colher das de chá
2 ou 3 vezes ao dia.

E attenderá com prazer todo pedido de amostras

Laboratorio Productos IPPE

Escritorio Central

Rua Senador Feijó, 27 — 1.º andar

São Paulo

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 1 DE JULHO

Presidente : DR. MARIO OTTONI DE REZENDE

Uma phase elevada do pensamento anatomo-comparativo :**Cuvior - DR. J. RIBEIRO NETTO.**

— Commemorando-se, actualmente, em Paris, o tri-centenario da fundação do Museu de Historia Natural da Republica Francesa, com toda a pompa e diante de eminentes personalidades da vida scientifica mundial, o dr. J. Ribeiro Netto focalisou a actividade scientifica do grande e immortal Cuvior que foi professor desse estabelecimento. O orador referiu-se detalhadamente aos trabalhos de anatomia comparada, zoologia e paleontologia ossea produzidos pelo notavel sabio francez.

Perturbações vago-sympathicas e anesthesia - DOUTORANDO JOSÉ SAYEG.

— O A. baseado no methodo de G. Pascalis sobre a regularização da anesthesia geral faz os seguintes commentarios : Deve-se saber a que typo neuro-vegetativo pertence o doente. Baseamos-nos somente na pesquisa do reflexo ocul-cardiaco. O individuo sendo um sympathicotnico, é um resistente á anesthesia.

Nelle injectamos 0,001 de salicylato de eserina. Se vagotonico, ou receptivo, injectamos 0,001 de atropina. A injeção se faz pouco antes da anesthesia. Os resultados foram os mais felizes. Observamos 25 casos no serviço do dr. Ayres Netto, na Santa Casa, nos quaes applicamos esse methodo. Tres casos falharam, não infirmando, no entanto, a regra geral. O sympathicotnico tornado receptivo pela eserina, dorme com mais facilidade que o vagotonico. A dose de anesthesico baixa de 20%. Os vomitos só apparecem em um terço dos casos. O silencio abdominal é o mais absoluto possivel. A pressão arterial quasi não se altera. Com este methodo, parece ter-se resolvido o problema da anesthesia geral. O A. continua realizando observações nesse sentido, pretendendo, mais tarde, publicar um trabalho mais completo sobre o assumpto.

Sobre as meningites mononucleares. Considerações em torno do seu diagnostico etiologico - DR.

IODEFIS
IODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDIOS ABIURÉTICOS COM 66,6% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS. — O A. começa por fazer algumas considerações geraes sobre a etiologia da meningite e os factores que podem difficultar a sua elucidação, funcionando como causas de erro. Enumera, em seguida, a serie de elementos de que o clinico se deve valer, em todos os casos para o diagnostico de causa, salientando a importancia do exame do liquido cephalo-rachidiano. Passa depois ao estudo

das meningites mono-nucleares, isto é, nas quaes predomina o affluxo dos leucocyts mononucleados ao liquor. Considera, então, de per si, a meningite syphilitica, a meningite tuberculosa, a meningite aguda lymphocytaria benigna, de causa indeterminada, e finaliza dedicando algumas palavras ás meningites polymyelitica, encephalitica, parotidiana, herpetica e serosas. — Dr. Raul Vieira de Carvalho, secretario.

SESSÃO DE 15 DE JULHO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Novas organizações de Assistencia publica no Districto Federal — DR. CARLOS FERNANDES. — O A. descreve as novas organizações de Assistencia Hospitalar, de prompto soccorro e de ambulatorios realizados pela Administração Municipal Pedro Ernesto e sob a direcção do dr. Gastão Guimarães. Exhibiu graphicos em que se vê o rapido augmento que têm tomado esses serviços de Assistencia e projecta numerosas photographias mostrando diversos aspectos dessa fundação de Assistencia. Referiu-se tambem á interessante organização do albergue da "Boa Vontade", no qual, além do serviço de abrigo nocturno, ha exame medico dos que pernoitam,

assistencia alimentar e imposição de hygiene corporal. Termina declarando que seu proposito em descrever esses trabalhos foi, de um lado a justa homenagem que mereceu de seus collegas esses dois profissionais que corajosamente enfrentaram o problema medico da população pobre do Districto Federal, homenagem a que fazem jus por parte das Sociedades Medicas, todos os collegas que se distinguem no exercicio de sua missão e, por outro lado, agitar em São Paulo essa questão para que tambem aqui seja ella soluccionada, pois já se está tornando clamorosa a situação dos que precisam de soccorro medico urgente em via publica e nos hospitaes.

SESSÃO DE 17 DE JULHO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS.

Therapeutica cirurgica do bocio — PROF. HENRY WELTI. — O A., iniciando a sua conferencia, referiu-se ao tratamento cirurgico do bocio especialmente do bocio exophthalmico e collocou em relevo que seu exito depende de tres factores principaes:

a) habilidade technica apurada, attendendo a que é preciso operar com criterio anatomo-physiologico.

b) cuidados especies que devem preceder o acto operatorio;

c) escolha de boa época, para execução da intervenção.

Em torno desses principios fundamtaes, o prof. Henry Welti teceu varias considerações, documentando sua conferencia com a projecção de diapositivos demonstrativos da histopathogenia do bocio exophthalmico, do bocio toxico e do cancer thyreoideo e, bem assim, de detalhes de technica operatoria e resultados da therapeutica cirurgica, obtidos em casos de sua clinica.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MAIO

Presidente: DR. BERNARDES DE OLIVEIRA

Tratamento pré-operatório em cirurgia gastrica — DR. EDUARDO ETZEL. — (Thema official da Secção de Cirurgia sobre Cirurgia Gastrica).

O A. considera como tempos capitais do tratamento pré-operatório: a) diagnostico completo; b) diminuição dos riscos operatorios pela remoção ou atenuação das associações morbidas e pela determinação da data oportuna de intervenção, e, c) tratamento prophylactico das complicações post-operatorias. Considera a questão do pré-operatório especializado em doentes obesos, renaes, cardiacos, etc. para depois referir-se especialmente ao pré-operatório em doentes sem maiores complicações e cujo tratamento pré-operatório deve ser padronizado, visando prevenir a acidoese, a hypochloremia, o choque e a hemorragia.

Propõe o seguinte tratamento previo, respeitadas os itens a) e b) acima enunciados: 1.º dia — 30 grs. de bicarbonato de sódio; 200 grs. de xarope simples, 2 litros de liquidos assucarados (laranjada-limonada) 1/2 litros de soro glycosado, 10 unidades de insulina e 25 gottas de digitalina Nativelle. Da mesma maneira se procede no 2.º e 3.º dia, sendo que na noite deste ultimo se faz uma lavagem intestinal. No 4.º dia, o da intervenção, faz-se uma Trivalerina n.º 2 uma hora antes do acto operatorio que é seguida immediatamente de uma injeccão endovenosa de 20 cc. de chloreto de sodio a 20%.

DISCUSSÃO. — O dr. Sebastião Hermeto Junior deseja fazer algumas considerações a respeito do trabalho apresentado: quanto á prophylaxia da hemorragia deseja accentuar o valor do trabalho que Nairo Trench continua a executar quanto aos meios para baixar o tempo de sangria e de coagulação. Nairo Trench demonstrou que o calcio não influa no tempo de coagulação mas só no de sangramento; a auto-hemotherapy, ao contrario, tem só influencia no tempo de

coagulação e não no de sangria. Com isto não se quer dizer entretanto que o calcio não desempenha papel na coagulação do sangue. Quanto á prophylaxia dos accidentes toxicos, acha que devemos agir sobre o figado: está habituado a administrar aos doentes durante 3 dias antes da intervenção 12 grs. de chloreto de sódio hypertonico em solução a 20 % e soro glycosado hypertonico. Refere-se á administração de soro glycosado sem dar insulina aos doentes. Brander mostra as bases physiologicas deste processo de dar insulina sem soro glycosado, em doentes não diabéticos e para isto invoca a opinião de physiologista como Mc-Leod e outros que dizem que a administração de insulina em doentes não diabeticos vae produzir uma baixa de glycemia sanguinea. Baseado nesse facto continua dar a aos doentes soro glycosado sem insulina, tendo tido bons resultados.

O dr. Piragibe Nogueira relata o que se faz no serviço do prof. Montenegro. Neste serviço o pré-operatório dos casos de cirurgia gastrica se faz em 2 dias. Pensou-se em fazer o pré-operatório em 3 dias, mas a questão financeira e outros factores dificultavam muito essa pratica. Faz-se então em 2 dias, tendo-se o habito de medir nesse tempo pré-operatório a reserva alcalina e administrar 60 grs. de bicarbonato de sódio em 2 dias, quantidade essa perfeitamente sufficiente. Em nenhum caso se verificaram accidentes desfavoraveis que falassem em favor de se dar 90 grammas de bicarbonato em 3 dias. Quanto á glycese e soro glycosado ficou estabelecido o seguinte: o doente ingere 30 grs. de xarope e liquidos assucarados; dá-se no primeiro dia meio litro de soro glycosado e no segundo dia meio litro de soro physiologico e antes da operação 3 grammas de chloreto de sódio. Quanto ao coração, é o cardiologista que resolve se o doente deve ou não receber digitalina.

O dr. Alipio Correa Netto accrescenta ao trabalho uma observação á qual o dr. Etzel não fez referencia. Os Drs. Corrêa Netto e Eduardo Etzel quando trabalharam no Hospital de Cruzeiro observaram de perto um facto que não foi citado pelo dr. Etzel: notaram que em quasi todos os doentes não havia cicatrização por primeira intenção, e sim em segunda intenção. Atribuiu-se esse facto á acidose; mais tarde teve occasião de ler um trabalho a esse respeito, no qual os autores attribuíram esse accidente á deshidratação. Nos doentes do Hospital de Cruzeiro, soldados que vinham das trincheiras, havia os dois factores: deshidratação e acidose. Acha o dr. Alipio Corrêa Netto que o facto era devido mais á acidose, pois que a deshidratação era combatida no hospital ao passo que a acidose era mais difficil de ser combatida. Posteriormente teve occasião de observar que nos doentes mais sujeitos á acidose a cicatrização se dava mais facilmente por segunda intenção.

O dr. Eurico Bastos nota que o dr. Etzel não emprega quasi nenhum meio para prevenção dos accidentes pulmonares. Estes não são frequentes. Só os tem verificado em individuos que têm meiopragia respiratoria ou quando ha accidentes para o lado do pulmão durante o acto. Costuma mandar o doente fazer gymnastica respiratoria e no dia da operação recommenda a posição de Fowler, e que faça respirações grandes.

O dr. Jairo Ramos diz que a digitalização deve ser systematica desde que o exame feito por um clinico demonstre que ha perigo para o lado do coração; não basta um electrocardiogramma para que contraindicam a intervenção. Ha traçados que quasi contraindicam a operação, ao passo que ha outros traçados que são anormaes mas que não contraindicam o acto operatorio. O dr. Etzel disse que não dosava a glycose por ser este um exame caro; entretanto nos obesos este exame deve ser feito systematicamente porque elles têm uma tendencia grande a ser diabeticos. Quanto á quantidade de insulina dada aos doentes, isto é, 10 unidades, é muito pequena para prevenir um accidente. Acha que a insu-

lina é um dos medicamentos que se dá ou em quantidade sufficiente ou não se dá.

O dr. Eurico Branco Ribeiro a respeito da prevenção da hemorragia deseja lembrar o processo que Wolfenbuttel recommenda na applicação da auto-hemotherapy para augmentar a coagulabilidade sanguinea. Recommendava esse autor que se fizesse uma picada na veia da dobra do cotovello; aspira-se um pouco de sangue, injectando-se de novo por essa mesma picada, não havendo pois necessidade de fazer injeção subcutanea ou intramuscular em outras regiões. Diz que não sabe se este processo tem sido usado entre nós, e ignora os resultados que pode dar; o citado autor, affirma que esses resultados são bons.

O dr. Bernardes de Oliveira nota que um ponto importante não foi focalizado na comunicação: deve-se sempre proporcionar o acto cirurgico em relação ao estado geral e local do doente. Isto constitue o segredo que permite obter sempre os melhores resultados possiveis e diminuir ao maximo os riscos operatorios. Este facto escapou á redacção do thema que ficaria mais completo com elle. Quanto ao preparo do pré-operatorio deseja referir-se aos exames que rotineiramente faz em todos os doentes do estomago e que são: exame de urina, tempo de coagulação, tempo de sangramento, pressão arterial, prova da apnéa inspiratoria e expiratoria, e prova do reflexo oculo-cardiaco; isto é feito desde 1928. Quando todas as provas forem favoraveis, quando se tratar de um bom caso, o preparo pré-operatorio consiste no seguinte: 3 dias de repouso no hospital, injeções de soro glycosado diariamente, vaccinas anti-pyogenas communs para evitar infecções. Não pode cotejar os resultados em Campinas e S. Paulo quanto ás complicações pulmonares, pois que as condições de clima são muito differentes. Isto se dá nos casos habitues; o preparo pré-operatorio pode variar ao infinito conforme o caso.

O dr. Eduardo Etzel, respondendo ao dr. Sebastião Hermeto, diz que a administração de 12 gr. de chloreto de sódio por dia não acha vantajosa para o individuo sã; só ha vanta-

gem quando o doente apresenta a taxa de chloro diminuída. Em indivíduos sãos não ha vantagem porque recebem chloreto de sódio na alimentação todos os dias e o eliminam pelos rins. Quanto ao emprego da insulina, o dr. Hermeto diz que pode provocar uma hypoglycemia, mas mesmo assim é possível que haja um accumulo de glycose nos musculos e no figado, que é o que se deseja. Quanto ao dr. Piragibe, tem a dizer que se emprega 90 grs. de bicarbonato de sódio, foi porque observou um grande numero de doentes, tendo verificado que com essa quantidade dada em 3 dias se obtem uma alca-loze therapeutica em uma porcentagem muito maior de casos do que em 2 dias dando 60 grs. sô. Quanto ao dr. Jairo Ramos, tem a dizer que emprega a digitalina mais para preventivo contra o choque; quando o doente é cardiaco, é recommendado a um internista antes de ser operado. O dr. Eurico Bastos lembrou a gymnastica para prevenir os accidentes pulmonares; tem a dizer que a gymnastica não deu bons resultados nos casos em que foi empregada. Quanto aos obesos o tratamento pré-operatorio é considerado á parte e deve ser um tratamento especializado.

Peritonite chronica encapsulante — DR. BERNARDES DE OLIVEIRA.

— O A. descreve com minucias uma observação interessante que teve oportunidade de fazer acerca da rarissima entidade morbida que é a peritonite chronica encapsulante. A litteratura mundial consigna apenas 47 casos até agora. Julga ser este o primeiro caso descripto no continente sul americano. A symptomatologia da molestia nada tem de peculiar. O diagnostico pré-operatorio jamais foi feito. Em geral os pacientes são levados á mesa operatoria com o diagnostico de cisto ovariano, cisto mesenterico, tumor inflammatorio do colon, etc....

A anatomia pathologica mostra que a tuberculose pode estar em jogo na origem do mal, embora na grande maioria dos casos não tenha sido ella evidenciada histologicamente. A lesão é constituida por uma membrana que envolve os intestinos no todo ou parcialmente como se fora um

sacco. Aberto o ventre não são visiveis as alças delgadas, apparecendo desde logo um tumor como se fôra um cinto de paredes esbranquiçadas, espessas e opacas. A pathogenese da molestia ainda se acha encoberta por grandes duvidas. As theorias propostas para explicar a pathogenia são tres: 1.^a) traumatica; 2.^a) infecciosa e 3.^a) irritativa chronica. A conducta operatoria consiste, antes de mais nada, em reconhecer a exacta natureza do mal que se apresenta ante o operador. Reconhecida a lesão como sendo uma peritonite chronica encapsulante a diretriz será procurar retirar a membrana integralmente. Se as adherencias intestinaes forem muito fortes, cinge-se a uma extirpação parcial. O prognostico operatorio é bom. Uma vez retirada a membrana, jamais recidiva.

DISCUSSÃO. — O dr. Paulo de Toledo entre as causas da peritonite chronica localizada citou a insufficiencia da valvula ileocecal: ora esta é permeavel em grande numero de casos: seria então de estranhar a raridade tão grande do caso comunicado.

O dr. Bernardes de Oliveira responde dizendo que ao se referir ás causas do processo affirmou que se deve afastar por absurdas as doutrinas que o consideram congenito ou devido a uma insufficiencia da valvula ileo-cecal.

Um caso de megacolon direito curado pela secção do esphincter de Cannon — DR. ALIPIO CORREA NETTO.

— O A. apresenta o caso de um paciente que soffria simultaneamente de megaesophago e de megacolon. O megacolon attingia duas partes do intestino grosso — o colon sigmoide e o colon ascendente. O A. acha que o megasigma era consequente á acalasia do esphincter rectal e o megacolo direito estava subordinado ao esphincter de Cannon. O megaesophago foi curado pela dilatação forçada com o aparelho hydrostatico copiado de Russel e modificado pelo autor. O megasigma foi curado pela resecção do esphincter pelvi-retal da technica do autor. O megacolon ascendente foi curado pela reacção do esphincter de

Cannon, technica do autor. Não se conhece outro caso em que se tratou o megacolon direito pela inutilização do sphincter de Cannon.

DISCUSSÃO. — O dr. Sebastião Hermeto Junior diz que se sente satisfeito em poder se referir ao resultado de 3 esphincterectomias praticadas em doentes que se acham no serviço do dr. Raul Vieira de Carvalho, nos quaes o diagnostico radiologico de megasigma fora firmado definitivamente. Feita a intervenção, os doentes foram acompanhados com radiographias seriadas feitas em diversas epochas. Um destes doentes era um menino, em que os resultados foram completos, tanto radiologico como funcionalmente: a evacuação se dá normalmente, todos os dias. Outro caso apresentava um mega sigma sem megarecto e os resultados foram bons sob o ponto de vista funcional, pois o doente após a operação começou a evacuar diariamente sentindo-se muito bem. Porem a radiographia mostra que ainda persiste um alongamento e augmento do calibre do sigma; o tempo decorrido é ainda pequeno para que se faça um juizo sobre o caso, porem se nota que as melhoras foram sensiveis. O terceiro caso é interessante: logo após a intervenção o doente nãoapresentou melhora alguma. Certo tempo depois começou a evacuar diariamente, melhorando bem, mas a radiographia mostra ainda um alongamento e dilatação do colon. De modo que em um caso obteve, radiologica e funcionalmente resultados optimos e em dois outros casos houve melhoras funcio-naes sensiveis. E estes dois ultimos doentes serão submettidos a novas provas radiologicas. O trabalho de Aloy impressiona quanto a extensão do esphincteres: mostra que o esphincter pelvirectal pode apresentar uma extensão de 10 ou mais centimetros. Como a extensão é grande, ás vezes se torna necessario fazer uma extirpação longa para não termos a persistencia da imagem do megasigma.

O dr. Paulo de Almeida Toledo diz que examinando cerca de 300 a 400 imagens de intestino grosso, uma cousa o impressionou: geralmente os esphincteres não appare-

cem em casos pathologicos. Na maioria das vezes existe dilatação e alongamento da parte distal da alça sigmoide. Referindo-se ao caso relatado pelo dr. Alipio Corrêa Netto, diz que se justifica o facto de não se conseguir demonstrar a dilatação do cecum e da parte direita do colon, porque quando ha alongamento e dilatação do colon temos necessidade de uma grande quantidade de substancia de contraste para demonstrar essas partes e o doente não supportaria tal quantidade de substancia de contraste de modo que não se consegue tal demonstração.

O dr. Bernardes de Oliveira agradece o trabalho interessante que o dr. Corrêa Netto apresentou e que representa uma contribuição a mais da série brilhante de trabalhos que tem feito sobre o assumpto. Diz que deseja referir-se a uma impressão pessoal que o commentario do dr. Paulo de Toledo lhe suggeriu: é que sendo frequente encontrar o ponto em que radiologicamente se pode demonstrar uma differença de calibre do grosso intestino ao nivel do esphincter pelvirectal e sendo o megasigma mais frequente, deve-se considerar a dualidade de inervação que ocorre neste ponto; ha uma mudança da inervação no ponto situado entre o sigmoide e o recto e ahi intervem o parasymphathico sacro-medullar. E' possivel que neste ponto occurram perturbações motoras que dão em consequencia a dilatação assignalada. Neste caso justifica-se a operação sobre a cadeia sympathica porque a doutrina que serve de base para esta operação é que por esta transição de inervação é que se pode explicar a modificação que ocorre no megacolon; agindo sobre a cadeias sympathica restabelece-se o equilibrio, pois se restabelece o funcionamento organico do para-symphathico. A observação que o dr. Alipio trouxe mostra um embaraço em um ponto que até agora não tem sido assignalado.

O dr. Alipio Corrêa Netto nota que os resultados obtidos nos casos citados pelo dr. Hermeto foram mediores em 2 casos e brilhantes em um caso, pois considera como mediores os resultados dos casos em que permanece a dilatação e o alongamento.

Diz que a resecção deve ser maior que 9 centímetros para não se deixar parte nenhuma do esfíncter, cuja extensão é de 9 centímetros. Quanto ao que disse o dr. Paulo de Toledo serve para demonstrar que nos casos de megacolon direito o diagnostico

deve ser feito mais pela symptomatologia clinica do que pela radiographia, quem sabe se é por este motivo que se consideram raros os casos de megacolon direito pois sempre é difficil demonstral-o pela radiographia. — Dr. Eduardo Etzel, 2.º secretario.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE MAIO

Presidente : DR. PROF. PINHEIRO CINTRA

Prophylaxia da tuberculose do lactente e do pre-escolar de baixa idade na região parisiense (segundo a orientação dos profs. Leon Bernard e Robert Depré) — DR. VICENTE LARA. — O A. discorreu longamente sobre a organização anti-tuberculosa, mostrando sua articulação, suas vantagens e a protecção realmente efficiente que della resulta.

Conceito da aneutrophia — DR. PEDRO DE ALCANTARA. — Justificou a criação do termo aneutrophia

preferindo seu uso ao de dystrophia, hypotrophia e atrophia, uma vez que temos que decidir se existe ou não o estado eutrophico de um doente.

Distingue a eutrophia theorica, da eutrophia clinica, que acha incompletamente tratada nos compendios de pediatria, criticando o uso das tabellas como destituídas de precisão scientifica e conclue que o diagnostico da aneutrophia deve ser feito sempre que os signaes da eutrophia não estejam presentes. — Dr. Barros Viana, 2.º secretario.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE MAIO

Presidente : DR. ROBERTO OLIVA

Sobre a questão da cura cirurgica radical das sinusites frontaes chronicas. Como evitar os resultados decepçionaes — DR. MARIO OTTONI DE REZENDE. — O A. faz apreciações sobre os processos cirurgicos de tratamento das sinusites frontaes chronicas. Tece commentarios em torno dos processos de cicatrização das cavidades para-nasaes á luz dos conhecimentos actuaes.

Attribue, de accordo com esses ensinamentos, a differença de cicatrização dos seios frontaes relativamente aos outros, grande parte dos insuccessos operatorios observados naquellas cavidade. O A. é favoravel aos que com boa plastica, mantem drenagem ampla para a cavidade nasal. Aconselha, principalmente nos casos de sinusites bilateraes, o processo de Lothrop-Lebilleam que melhor garante a drenagem.

E' bem de ver que a cirurgia do frontal dependerá mais da anat-

mia, que do processo operatorio empregado.

DISCUSSÃO. — O dr. Mattos Barreto frisa a associação do processo endonasal nas sinusites chronicas não se pode ter um processo unico para todos os casos.

O dr. Hcmero Cordeiro julga tambem a obturação do canal nasofrontal como causa principal das recidivas. Diz que Leifert usava uma chupeta de creança cortada nas pontas para evitar a obturação facial, deixando permanecer até 6 mezes, dando resultados satisfactorios.

O dr. Gabriel Porto congratula-se com o dr. Ottoni pelo excellente trabalho.

O dr. Roberto Oliva acha que se deve tentar primeiro a via interna e depois, se necessario, a via externa.

Tratamento dos portadores de bacillos dipthericos pelos raios X — DR. MATHIAS O. ROXO NOBRE.

— Depois de se referir ás indicações da Roentgentherapia no campo otorrhino-laryngologico du em modo geral, mostra as possibilidades do tratamento pelos raios X nos processos infecciosos. Apresenta o resultado dos 6 primeiros casos de transmissores de germens da diphteria que teve occasião de tratar, documentando a benignidade do meio de cura, com grande vantagem no caso em que a negatividade dos exames é difficil de se conseguir pelos processos communs.

Discussão. — O dr. Mario Ottoni pergunta como se deve interpretar os 2 termos: transmissores e portadores de germens, empregados pelo dr. Roxo Nobre.

O dr. Roxo Nobre responde que transmissores são os que tiveram diphteria em estado agudo e continuam a apresentar germen sdepois de curados e portadores os que apresentam germens na cavidade nasal ou pharyngea sem nunca ter tido a diphteria.

O dr. Mario Ottoni dá grande importancia á communicação, pela difficuldade da medicação nos portadores de germens.

O dr. Gabriel Porto acha que o processo mais pratico de prophylaxia é a vacinação pela vaccina a Ramon, que não dá reacção e é muito vantajosa.

O dr. Francisco Hartung realça o valor da roentgentherapia nos casos em que ha contraindicação da

amygdalectomia, tuberculose, nephrites etc..

O dr. Roberto Oliva diz que nos casos em que não se consegue a esterilização naso-pharyngea pelos meios usuaes deve ser empregada a irradiação.

O dr. Mathias Roxo Nobre responde dando a dosagem que usava e quanto aos accidentes possiveis, conforme os americanos, nada se deve receiar com a dosagem necessaria. Quanto á vacinação acha que pode ser associada a irradiação na prophylaxia da diphteria.

Fistula do thyreo-glossa — Dr. EURICO BASTOS. — Após falar sobre a embryologia das fistulas e cystos medianos do pescoço, apresenta 4 casos dessa especie operados e que não recidivaram. Refere-se á ausencia do canal thyreo-glossa, que ao envez de permanecer como tal é substituido por um cordão conjuntivo embryonario. Este conhecimento embryologico facilita sobremaneira a technica cirurgica.

Discussão. — O dr. Mario Ottoni salienta que esses casos põem em jogo a paciencia do medico e do doente por suas constantes recidivas.

O dr. Roberto Oliva felicita o dr. Eurico Bastos pelos seus casos que não recidivaram, pois a extirpação dessas fistulas é, ás vezes, impossivel devido o orificio interno estar a grande distancia no esophago, pharynge etc. — Dr. Othoniel Bueno Galvão, 2.º secretario.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MAIO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

Anatomia pathologica do enfarto do myocardio — Dr. CONSTANTINO MIGNONI. — O A. faz um rapido resumo da anatomia pathologica do enfarto do myocardio, estudando as obstrucções lentas e rapidas e procurando relacionar os aos diversos symptomas clinicos.

Infiltrado precoce. Diagnostico e therapeutica — Dr. JOÃO GRIECO. — O autor apresenta as observações de varios casos de infiltrado preco-

ce, acompanhando as considerações clinicas e therapeuticas com a demonstração dos quadros radiologicos nas varias fazes da evolução da molestia.

Salienta a symptomatologia frustra e atypica, insiste na conveniencia da therapeutica activa.

Carcinomas do grosso intestino; tumores calcificados; symptomatologia clinica e radiologica — Dr. PAULO ALMEIDA TOLEDO. — O autor apresenta as observações

de 2 casos de carcinoma do grosso intestino, calcificados e de symptomatologia clinica atypica. Em ambos o quadro radiologico era typico de estenose neoplasica, porem as calcificações em um delles acarretou dificuldade dragnosticas pela confusão

com a calculose renal ou a lithiase vesicular. Em ambos os casos a autopsia demonstrou que se tratava de carcinoma gelatinoso do grosso intestino, entidade bastante rara em nosso meio. — Dr. Paulo de Almeida Toledo, 2.º secretario.

SESSÃO CONJUNTA, EM 22 DE MAIO

Presidente : FERNANDO FONSECA.

As orientações actuaes sobre o tratamento do diabete — PROF. PASCUAL RUBINO (do Uruguay). — O A referiu-se de inicio á definição do estado diabetic, que — disse — tem sido definido sobretudo por sua hyperglycemia e pela glycosuria, que é sua consequencia. Não se tem tido em conta a alteração nutritiva dos tecidos, que se encontra na base do diabetes.

E é assim que se dirige o tratamento para a normalisação da glycemia e a suppressão da glycosuria. sem se ter bastante em conta o perigo que representa manter-se os tecidos em estado de fome.

A hypoglycemia não é um elemento fiel para marcar o estado de insufficiencia nutritiva, quando se empregam doses de insulina relativamente fortes ; pois ha hypoglycemias rela-

tivas com nivel alto de glycosuria em alguns casos.

Um excesso de hydratos de carbono na alimentação prejudica menos que uma alimentação insufficiente, mas, quando se emprega insulina.

Diabeticos com hyperglycemia até 1,70 a 1,80 grs. por litro e com glycosuria de 30 a 50 grs. se comportam como pessoas normaes, sempre que um factor extra-insular, infeccioso, endocrinico, etc. não intervenha. Neste caso, deve ter-se em conta no tratamento a existencia destes factores e tratál-os independentemente, segundo sua importancia.

“O papel do diabetologo — disse o prof. Pascual Rubino, encerrando sua conferencia — está não só em indicar o regime em calorias, etc., mas tambem em conhecer profundamente o organismo do diabetic”.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE MAIO

Presidente : DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO

Espermatozystographias. — O sr. presidente comunica á Casa que recebeu uma representação de diversos sócios da Secção de Urologia concebida nos seguintes termos :

“Exmo. Sr. Dr. Presidente da Secção de Urologia da Associação Paulista de Medicina.

Os abaixo assignados, sócios pertencentes a Secção de Urologia da Associação Paulista de Medicina, tendo conhecimento de que foi apresentada á Directoria desta Associação uma denuncia contra o seu consocio dr. Athayde Pereira, como infractor da ethica profissional, e considerando que, na conferencia aqui realizada a 26 de dezembro de 1934,

o dr. Athayde Pereira não commetteu qualquer infracção á ethica profissional, conforme bem demonstra o laudo do prof. Flaminio Favero ;

Considerando que o dr. Athayde Pereira, relativamente a essa conferencia, guardou o maior criterio, não levando o assumpto fóra desta Associação e da imprensa medica, apesar das provocações feitas por intermedio de um vespertino da imprensa leiga desta Capital ;

Considerando que tal denuncia, sendo falsa, constitue uma calumnia contra um collega que durante 20 annos, tem contribuido para o brilho da classe medica brasileira e

que sempre se distinguia por uma actuação profissional impoluta;

Considerando, entretanto, que tão infame procedimento só encontra justificativa no odio pessoal, resultante da impossibilidade de refutar scientificamente os conceitos emitidos pelo dr. Athayde Pereira, na sua conferencia de 26 de dezembro de 1934;

Os abaixo assignados exigem que a mesa da Secção de Urologia, assumida no caso uma attitudo energica, em desagravo do illustre consocio dr. Athayde Pereira, injustamente denunciando por um grupo de associados destituídos de autoridade para julgar-o.

Protestam contra a denuncia injusta e falsa, verdadeira calumnia de que foi victima o dr. Athayde Pereira.

Fica a mesa da Secção de Urologia autorizada, quando achar conveniente, offerecer á Directoria da Associação, uma denuncia contra os subscriptores da accusação ao dr. Athayde Pereira, como calumniadores de um collega dentro deste gremio medico e portanto, como autores de evidente infracção da ethica profissional.

S. Paulo, 25 de Maio de 1935.

a) Christiano de Souza, Darcy Vilela Itiberê, J. Martins Costa, Nestor Moura".

O presidente põe em votação a representação citada sendo a mesma approvada, contra o voto do dr. Claudio Erminio.

Em seguida pede a palavra o dr. Athayde Pereira que diz o seguinte: A sua conferencia sobre os "Fundamentos para interpretação das radigraphias contrastadas das vesiculas seminaes e das vias espermaticas" teve o proposito de esclarecer o assumpto no meio medico paulista por ter sido elle deturpado em trabalho do dr. Santamaria intitulado "Espermatozystites e espermatozystographias". Não houvesse este trabalho sido premiado pela Academia Nacional de Medicina (Premio Alvarenga de 1934) não se abanalaria ás criticas que sobre o mesmo aqui fez. Naquella conferencia, publicada na integra na Revista Urológica de S. Paulo (vol. II, fasciculo IV -1935) e resumida em diversas revistas me-

dicas do paiz, conseguiu demonstrar e de modo irrefutavel o grande erro em que incorreu o dr. Matheus Santamaria, pondo em cheque, com isso mesmo, a propria Academia Nacional de Medicina.

Demais, deixou bem patente que o dr. Santamaria fez appropriação indebita do conhecido methdo do prof. Luyt de Paris, (tratamento das vesiculites pelas lavagens através dos canaes ejaculadores) fazendo passar por criação sua, e que o mesmo dr. Santamaria, copiou os instrumentos utilizados por aquelle professor, propagando que os inventou. Por fim, todo o acervo que emprestou interesse, merito e destaque ao trabalho do dr. Matheus Santamaria foi reduzido a "grosseiros artificios de technica, de interpretação erronea e absurda". Tudo isso, em lugar de despertar o dr. Santamaria e a commissão do Premio Alvarenga de 1934 para uma explicação scientifica correcta, foi posto á margem, calando-se de um lado a Academia Nacional, emquanto o dr. Santamaria desenvolvia aqui suas actividades para requerer um tribunal de honra afim de julgar supposta offensa á sua pessoa, quando das discussões da mencionada conferencia. Essa ridicula idéa foi logo repellido pela propria Directoria da Associação Paulista de Medicina na occasião em que lhe foi apresentada.

Hoje, decorrido 5 meses sem que minhas affirmativas fossem contestadas em São Paulo e em todo o paiz, antes pelo contrario quando tenho accumulado opiniões elogiosas sobre o modo pelo qual desenvolvei e apresentei o trabalho, surge de novo o dr. Santamaria, de conjunto com 40 socios, não para justificar seus erros, mas para denunciar-me perante a Directoria da Associação Paulista de Medicina, como infractor da ethica profissional quando da apresentação da minha conferencia.

Senhores, diz o dr. Athayde Pereira, é possivel que involuntariamente se infinja a ethica profissional, pois é assumpto que os proprios medicos não primam por bem conhecer para que se denuncie um medico como infractor da ethica profissional, parece-me imprescindivel que as provas colligidas se acompanhem de laudo pericial de um entendido em

deontologia medica. Não foi isso que fez o dr. Santamarina, julgou que a simples reunião de assignaturas, em favor de sua affirmativa gratuita, fosse sufficiente para levar-me a um julgamento. E desse modo tive o desprazer de receber da nova Directoria da Associação Paulista de Medicina, um officio nesse sentido para indicar collegas que, de minha parte, iriam constituir a comissão capaz de emitir o parecer e indicar a pena que por ventura devia ser applicada á minha pessoa.

De accordo com o texto do proprio officio daquella Directoria, colli-gi a mesma documentação que serviu de base á denuncia do dr. Santamarina e demais socios, e com uma orientação mais sadia, a enviei ao prof. dr. Flaminio Favero, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, solicitando seu estudo e parecer medico-legal sobre o caso. O parecer redigido por aquelle notavel medico e mestre de deontologia entre nós é o seguinte: — "Universidade de S. Paulo — Faculdade de Medicina — Departamento de Medicina Legal — Instituto "Oscar Freire". Parecer medico-legal. Eu, abaixo assignado dr. Flaminio Favero, professor cathedratice de medicina legal da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, tendo recebido do exmo. sr. dr. Athayde Pereira, medico urologista residente nesta capital, uma consulta constante do quesito adeante transcripto, acompanhado de um exemplar da "Revista Urologica de S. Paulo" (vol. II — janeiro e fevereiro de 1935, fasc. IV) e de outro exemplar da "Revista da Associação Paulista de Medicina" (vol. VI, janeiro de 1935, n.º 1) e nos quaes se encontram os elementos a que o referido quesito faz menção, dou a seguir o meu parecer.

QUESITO. — Na conferencia que o consultante proferiu a 26 de dezembro de 1934, na Secção de Urologia da Associação Paulista de Medicina, e na discussão em que tomou parte logo após, houve infração dos principios da athecia profissional?

DISCUSSÃO. — O dr. Athayde Pereira, no dia 26 de dezembro de

1934, na sessão de Urologia da Associação Paulista de Medicina, proferiu uma conferencia, subordinada ao titulo 'fundamentos para a interpretação das radiographias contrastadas das vesiculas seminaes e das vias espermaticas' publicado na integra, na Revista Urologica de S. Paulo" (vol. II — janeiro e fevereiro de 1935, fasc. IV — paginas 263 a 297).

A leitura cuidadosa do trabalho me demonstrou: a) a existencia de particular cuidado em documentar assertos com citações frequentes e claras, permittindo facil verificação fiscalizadora de sua authenticidade; b) a existencia de innumeradas gravuras elucidativas originaes do autor ou extranhas, mas sempre com expressa referencia quanto á sua origem; c) respeito absoluto á regra basilar do segredo medico; d) a existencia de frequentes apreciações criticas, com franca e clara serenidade, a um trabalho com que o dr. Matheus Santamarina obteve o Premio Alvaranga de 1934, da Academia Nacional de Medicina. Deixando de lado as observações das letras a, b e c, quero deter-me apenas na ultima, da letra d. E' passivel de censura, á luz da deontologia, criticar collegas, em assumptos medicos, fóra do meio profissional, á cabeceira de um doente ou pela imprensa leiga. Mas, fazel-o em uma sociedade de classe ou pela imprensa scientifica não merece qualquer reparo. O espirito de classe, de solidariedade com os collegas, evidentemente, não pode ir ao ponto, de, nesses meios, esconder-lhes os erros e incentivar-lhes na falta pelo silencio ou pelo elogio irrestricto. Se um medico está convencido de que attitudes technicas ou profissionais de outro são más ou prejudiciaes, o seu dever é dizel-o na occasião e por forma opportuna. Dos debates e das explicações que dahi surgirão beneficios devem advir para todos, principalmente para a medicina. A medicina não tem verdades absolutas. Não conhece dogmas. As sociedades sabias por mais respeitaveis e prestigiosas que sejam, não podem faltar com um inconsovel, obscuro, assiste a qualquer profissional discutir-lhes e criticar-lhes as resoluções.

E' tão certa essa minha affirmativa que julgaria perfeitamente dispensável documentá-la. Decorre do simples bom senso. Antes do interesse individual, está não ha duvida, o da classe, o da profissão, o da medicina. Veja o que diz Le Pendreno seu conhecido compendio de Deontologia, de collaboração com H. Ribedeu-Dumas (Paris, 1920, pag. 339) — "Dans le sein de nos sociétés dependons.

2.º — Na discussão que a sua conferencia motivou e em que depois tomou parte, o orador agiu, ainda, segundo leio na "Revista da Associação Paulista de Medicina" (vol. VI — janeiro de 1935, N.º 1 — pags. 58 a 60) — usando de um direito de critica dentro das normas geraes da ethica. Longe de merecer censuras por isso, faz jús a louvores, porque deu origem a debates esclarecedores. O proprio collega, visado pela critica deve ter-se sentido satisfeito por isso attendendo a que seu trabalho foi convenientemente apreciado por especialistas, no desejo de focalizá-lo, de dar-lhe o valor merecido.

Resposta ao quesito — Deante do que acima ficou posto, concluo facilmente, com a seguinte resposta ao quesito: — Não — Nessa conferencia e na discussão em que tomou parte o digno consulente, não infringiu disposições da ethica medica. E' o meu parecer que submetto á critica dos entendidos e entrego ao interessado para fazer delle o uso que lhe convier.

São Paulo, 24 de maio de 1935.

(a) Flaminio Favero".

Desse modo, diz o dr. Athayde Pereira, mais uma vez se evidencia, com essa falsa denuncia, a pobreza de espirito e a falta de criterio do dr. Matheus Santamaria e dos signatarios da denuncia, que agora nos apresentam como calumniadores vulgares passíveis das penas de que as leis do paiz cogitam.

Em seguida pele á palavra o dr. Martins Costa, que diz lamentar que a Directoria da Associação Paulista de Medicina tivesse tomado conhecimento de uma denuncia com falsa documentação. Conclue dizendo que deante de taes factos, só pode por

em duvida a imparcialidade da Directoria da Associação Paulista de Medicina.

O dr. Claudio Erminio pedindo a palavra diz de inicio que não assignou a representação dirigida á mesa da Secção de Urologia e tambem votou contra a approvação da mesa, porque sendo amigo dos drs. Santamaria e Athayde Pereira, não via motivos para a questão, que a seu ver estava se tornando delicada, devido a mal entendidos e pontos de vista em que se collocaram os contendores. Acha tambem que as accusações levantadas pelo dr. Martins Costa contra a Directoria da Associação são injustas. Diz que após a entrega da denuncia, isto é, ha 4 mezes mais ou menos, vem a Directoria por meio officioso procurando harmonizar a questão, quanto á parte de deontologia, pois a parte scientifica não a interessa em absoluto. Diz tambem que os drs. Athayde e Santamaria foram procurados para um entendimento, não havendo até o momento solução favoravel. Acha o dr. Claudio Erminio que a Directoria da Associação agiu com toda a imparcialidade, visto que está cumpriendo fielmente o artigo 22 dos estatutos. Acha ainda que a Directoria, recebendo uma denuncia documentada, resta saber se esta documentação é falsa ou verdadeira. Cumpre ao tribunal de honra decidir de accordo com o artigo 22 dos estatutos, conclue o Dr. Claudio Erminio.

Em seguida fala o dr. Athayde dizendo que, de facto, tinhas ido procurado pelo fallecido collega dr. Bento Theobaldo Ferraz, emissario de uma proposta com as exigencias minimas do dr. Santamaria. Tratava-se de fornecer uma carta em que declarasse não ter tido a intenção de offendel-o quando pronunciou sua conferencia em dezembro passado. Esta carta foi recusada por ter a convicção de ser ella incontinenti explorada na imprensa leiga pelos amigos do dr. Santamarina e por elle proprio. De outra feita procurado pelo dr. Almeida Camargo que na boa intenção de solucionar o impasse da Directoria, propoz-lhe comparecer juntamente com o dr. Santamaria a uma sessão da mesma Directoria. Recusou ainda,

porém prevenindo com antecedencia o dr. Camargo. Jamais fez a Directoria esperar por tal comparecimento. Seria pueril que se expuzesse a discutir de novo com o dr. Santamaria, cousas que não mais lhe interessavam, pois que a questão da offensa pessoal, todos sabiam que era exploração dos amigos desse collega, em virtude de vel-o impotente para solucionar a contenda do lado scientifico.

Sobre dois casos de intervenção sobre rim distopico congenito—Dr. GERALDO V. AZEVEDO. — O A. leu e commentou duas observações de distopia renal congenita homolateral.

Em um dos casos havia tambem uma mobilidade anormal do rim e a nephropexia segundo o processo do prof. von Lichtenberg foi seguida de cura. No outro foi diagnosticada tuberculose do rim distopico e praticada a nephropexia, curando-se a paciente. Ambas as operações foram feitas com a incisão de Israel, por via extra peritoneal. Depois de discutir as variedades de distopia renal e a sua raridade, o autor se detem no estudo das diversas vias de acesso utilizados para as intervenções nesses casos. — Dr. Nestor Moura, 2.º secretario.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE JULHO

Presidente ; DR. J. LEMOS MONTEIRO

Uma nova especie de opalídeo de Bufonídeos (Nota preliminar) — DR. OVIDIO UNTI. — O A. apresenta descripção e photographias d'uma nova especie de Zelleriella "Z. artigasi, n. sp." encontrada no Estado do Paraná, parasitando o recto de Bufo marinus. Os exemplares medem em media 60 a 70 micra de comprimento por 30 a 40 micra de largura. O corpo é achatado, ovoide, apresentando um esporão typico, terminal ou termino-lateral, assemelhando-se muito a um ovo de "Schistosoma mansoni".

Estudos sobre a sorologia da lepra. IV. Acção da temperatura sobre as reaginas contidas no soro leproso—DR. O. G. BIER. — A reagina que no soro leproso fixa o complemento em presença dos lipoides especificos do bacillo da tuberculose (antigeno de Witbski, Klingenstein & Kuhn) permanece inalterada no soro aquecido a 56°30 min. e mais 15 min. a 60°, da mesma maneira que no soro tuberculoso. Quanto á reagina que produz a WaR, comporta-se em relação áquelle aquecimento do mesmo modo que as reaginas especificas do soro luetico, isto é, persiste ás vezes e outras vezes é des-

truida. Este facto suggere que a EaR negativa do soro leproso seja devida como a do soro luetico, a anticorpo lipoides que em particular na lepra tuberculosa devem ser gerados em consequencia da destruição de tecidos, com libertação de lipoides ubiquitarios.

Estudos sobre a sorologia da lepra. V. Floculação pelo phenol em meio hypotonico como expressão da labilidade do soro leproso—DR. O. G. BIER. — A reacção de floculação pelo phenol proposta por Minni & De Blasio como especifica da tuberculose é negativa na lepra em 50% dos casos e a reacção pela lues em 36% (18 casos de lepra tuberosa e 20 de lepra nervosa). Selecionando-se os soros WaR negativos verifica-se que nelles tanto a reacção pela tuberculose como a reacção para lues são positivos em 67%, ao passo que nos soros WaR negativo o testemunha para tuberculose é negativo em 40% e a reacção para lues é negativa apenas em 13%. Estas verificações supportam as conclusões de Sollazzo para quem a reacção para lues é produzida em parte por phenomenos especificos, ao passo que a reacção para tuber-

culose é apenas uma consequencia da colloidolabilidade do soro.

Notas sobre os mosquitos originarios das taquaras: Sabethoides intermedius (Lutz in Bourroul) e Megarhinus bambusicola Lutz e Neiva - DR. ALCIDES PRADO.

— O "pica-pau", ave trepadora, sygodactyla, perfurando os colmos ainda verdes das taquaras, prepara no seio da mata virgem, importantes focos larvários de Culicídeos. Sabethoides intermedius e Megarhinus bambusicola, entre as especies que se originam das taquaras, são estudados aqui, em vista do desconhecimento que antes se tinha das larvas de ambas e do hypopygio da segunda.

Cochlimoyia hominivorax, agentes causal de myiases em animais domesticos do Brasil - DR. ZEFERINO VAZ. — Estudando as moscas de bicheiras de animais domesticos o A. verifica que a especie parasita não é a "C. macellaria" como até agora se suppunha mas sim a "C. hominivorax", confirmando o que Cushing e Patton haviam constatados nos EE.UU.. Do boi, porco e cão obteve o A. larvas de bicheiras que criou, podendo identificar a especie pelo exame dos adultos.

Contribuição ao estudo da reserva alcalina no sangue nas anesthasias pela avertina - DR. OVIDIO UNTI. — O A. estuda a modificação da reserva alcalina do sangue nos individuos anesthasiados com a Avertina. Em 10 pacientes que foram operados e anesthasiados com esse anesthesico no serviço do dr. Ayres Netto da Sta. Casa de S. Paulo, dosou a R. A. antes e depois da anesthasia e operação. Verificou em todos os casos modificação da R. A. para acidose com acetonuria. A queda maxima da R. A. nos pacientes que soffreram o acto cirurgico foi de 29.32% num unico caso, nos restantes a queda não ultrapassou 20% e a minima foi de 3,8%. Notou tambem que não houve nenhuma relação entre a duração da operação e a baixa da R. A.. Obtidos esses resultados, procurou conhecer as variações da R. A. em 2 pacientes que foram anesthasiados com a Avertina sem submettel-os ao acto operatorio. Dosou a R. A. 2 horas antes de empregar o anesthesico e 3 horas após a anesthasia. Verificou então, que num caso a R. A. era de 55,75% antes da anesthasia, passou a 54,71% depois, e noutro caso a R. A. manteve-se a 59,59% antes e depois da anesthasia. Em ambos os casos não houve acetonuria. — Dr. J. Travassos, 2.º secretario.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa de S. Paulo

SESSÃO DE 27 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

Periosteite suppurada, septicemia; intervenção, morte - DR. JARBAS BARBOSA DE BARROS. — O A. narrou um caso interessante em que havia um verdadeiro phlegmão da parede da bexiga. Descreveu a conducta que teve no caso, salientou a sua gravidade e referiu a escassa literatura a respeito. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu um caso semelhante, que teve oportunidade de obser-

var no serviço do prof. B. Montenegro, em que a autopsia revelou microabscessos metastaticos no figado e em outros organs.

Obstrução pylorica por ulcera da pequena curvatura - DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. apresentou uma peça de grande ulcera da pequena curvatura, produzindo syn-

droma pylorico por compressão. Fez considerações sobre o caso, salientando a raridade da causa em ques-

tão. A peça foi enviada ao prof. Carmo Lordy, que comprovou o diagnostico de ulcera chronica.

SESSÃO DE 29 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Calculo urinario em diverticulo da urethra - DR. CARLOS ROCHA.

— O A. citou a historia da doente e a operação realizada, que consistiu na incisão do meato-urethral e extracção do calculo, que apresenta. O dr. Adhemar Nobre citou um caso seu, apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e referido já em tratados de Urologia como sendo o maior do mundo. O Dr. Jarbas B. de Barros discute os casos dos Drs. Rocha e Nobre sob o ponto de vista da localização em diverticulo. O dr. Joaquim Ferreira da Rocha salientou o facto de varios clinicos não terem feito o diagnostico, lembrando a vantagem dos exames especializados. O dr. Mendonça Cortez cita um caso de calculo da urethra que trazia o diagnostico de cancer da prostata. O dr. Barbosa de Barros tira a conclusão de que — cada um na sua especialidade.

Ulcera gastrica não reconhecida pela palpação - DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. apresenta uma

peça cirurgica de operação que acaba de fazer. Trata-se de uma resecção gastrica subtotal por ulcera alta da pequena curvatura associada a ulcera da parede posterior. O A. salienta que as ulceras não se percebiam ao palpar, mas tal era a historia clinica e a segurança do diagnostico radiologico que iniciou logo a operação, verificando, então a existencia de cicatriz typica na parede posterior. Apesar da resecção alta, o acto cirurgico foi rapido e facil. O dr. Barbosa de Barros commenta o trabalho, dizendo que nos casos de symptomatologia typica, quando não se percebe palpatoriamente a ulcera duodenal não visivel, a gastroenterostomia é indicada. O dr. Jarbas B. de Barros declara que não abre o duodeno, nesses casos, para ver si ha ou não ulcera. O dr. Carlos F. da Rocha narra um caso de cura obtida com o debridamento de uma periduodenite em um doente com historia de ulcera duodenal e exame radiologico positivo.

SESSÃO DE 13 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. BARBOSA DE BARROS

Metrorrhagias por causa appendicular - DR. FRANCISCO FINOCHIARO. — O A. cita dois casos de appendicite com metrorrhagia recentemente operados na Beneficencia. Borda commentarios sobre o assumpto, explicando a pathogenia da occurencia. Salienta que a occurencia é, em geral, descurada pelos autores, mas tem valor na pratica, para orientação do tratamento.

Syndrome ulcerosa gastrica ; evolução clinica e radiologica - DRS. CARLOS FERNANDES e MENDONÇA CORTEZ. — Tratava-se de um doente com grande nicho na pequena curvatura, que foi muito bem estudado do ponto de vista clinico e semiologico, lesão que desapareceu completamente com o tratamento medico indicado.

Philtergon o fortificante por excellencia

SESSÃO DE 20 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

Efeito curativo sobre a tuberculose pulmonar do tratamento chimio-physiotherapico de uma lesão local — DR. FRANCISCO FINOCCHIARO. — O A. discorre, a respeito de um caso clinico fartamente documentado. Na discussão o Dr. Carlos Fernandes accentuou o valor proprio da radiotherapia nos focos tuberculosos, em pequenas doses espaçadas dando bons resultados. O dr. Wladimir Piza salienta no trabalho do dr. Finocchiaro a coordenação de dois factors uteis: a irra-

dição e o preparo com iodo dos focos de tuberculose cirurgica. O dr. Mendonça Cortez pergunta si nos casos tratados o iodo não tem produzido congestão no processo pulmonar, ao que o Dr. Finocchiaro responde que não tem observado essa complicação, mas que elle proprio contraindica o seu methodo na tuberculose pulmonar galopante. O dr. Carlos Fernandes lembrou que se devia retomar o estudo da questão da dose de iodo a empregar em therapeutica.

SESSÃO DE 17 DE JANEIRO

Presidente: DR. BARBOSA DE BARROS

Fibromyomectomia em um caso de diagnostico accidentado — DR. NELSON RODRIGUES NETTO. — O A. apresentou um caso em que se tratava de uma doente que ha quatro mezes soffria de hemorragias uterinas, tendo o dr. Gaspar Fonseca feito o diagnostico de fibroma uterino. A doente apresentava um tumor volumoso no baixo ventre, duro, movel, com um lobo á direita. Confirmando esse diagnostico, o dr. Eurico Branco Ribeiro fez laparotomia, mas encontrou, ligado ao corno direito de um utero molle, de contornos regulares e arroxeado, um kysto do ovario do tamanho de uma laranja; como o utero apresentasse o aspecto de um utero gravido de 4 para 5 mezes, fechou a cavidade abdominal. Exames posteriores — Zondech e radiologico — não confirmaram a hypothese de gravidez, já

anteriormente afastada pelos signaes clinicos. Por isso e como continuasse a metrorrhagia, nova intervenção se fez, confirmando o aspecto gravido do utero; não obstante, foi feita a hysterotomia e a retirada de 2 grandes fibromyomas, envoltos em tecido edematoso, o que conferia ao palpar a sensação de utero gravido. O dr. Eurico Branco Ribeiro focalizou a questão das difficuldades do diagnostico, explicou os porque de se ter pensado em gravidez e justificou a conducta cirurgica em ambas as intervenções. O dr. Barbosa de Barros salientou os beneficios da salpingographia nos casos de diagnostico difficil e lembrou as vantagens da radiotherapia nos fibromas submucosos. O dr. F. Finocchiaro disse da sua confiança nos resultados da radiotherapia.

SESSÃO DE 24 DE JANEIRO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

Inversão expontanea do utero em trabalho de aborto — DR. HERCILIO MARROCO. — O A. trouxe á discussão esse interessante caso, tendo sido seu trabalho publicado nos "Annaes Paulistas de Medicina

e Cirurgia". O dr. Francisco Finocchiaro diz ter visto dois casos de inversão uterina: um logo após o parto, com retenção placentaria, em que fez a redução immediata; o outro, um caso antigo, resolvido pela

hysterectomy vaginal. O dr. Mendonça Cortez lamenta a ausencia do dr. Barbosa de Barros que é o gynecologista da casa e parteiro consumado, o qual poderia melhor apre-

ciar a comunicação do dr. Marrocco, e, apesar das informações da doente, ainda tem duvidas sobre si o abortamento fôra medicamentoso e não espontaneo.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 14 DE JUNHO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITTO

Hemiplegia traumatica de origem cortical determinada por ferimento por bala — PROF. FLAMINIO FAVERO e DR. MANOEL PEREIRA. — Com a palavra o dr. Manuel Pereira, falou o orador demoradamente tratando da primeira parte da comunicação. Referiu a observação do paciente, ferido com projectil de arma de fogo, estudando a localização exacta da bala, valendo-se, para isso, de radiographias, de eschemas elucidativos e da symptomatologia nervosa do offendido. Concluiu, dizendo tratar-se de uma lesão cortical, tendo sido comprometida a circumvolução frontal ascendente, com hemiplegia resultante, estando integra a zona sensitiva. Esse diagnostico neurologico traz importante conclusão prognostica medico-legal, o que será objecto da segunda parte da comunicação, a cargo do prof. Flaminio Favero na primeira sessão ordinaria seguinte, quando será tambem exhibido um filme feito com o paciente em apreço.

A assistencia medica aos accidentados — DR. RENATO BOMFIM. — O A. falou sobre a assistencia medica aos accidentados em face da nova lei de accidentes do trabalho. Enumerou as principaes modificações introduzidas pela nova lei, que vem tornar mais amplo o seu dominio de applicação estendendo-o a outras classes trabalhadoras que até aqui não eram beneficiadas nos casos de risco profissional. Lembrou as vantagens decorrentes da simplificação

do antigo processo judicial sempre claro e moroso e da maior uniformidade que resultará do uso das novas tabellas de indemnisação. Porém, se sob certos aspectos a nova lei visa garantir melhor e mais rapidamente a reparação economica das incapacidades declaradas, collocou, no emtanto, em plano muito secundario as garantias da assistencia medica. Neste particular a nova legislação retrocedeu em vez de progredir. Demorou-se o orador em analysar esta face do problema, assignalando a importancia da verdadeira assistencia medica que, quando efficiente e bem aparelhada, pôde muitas vezes prevenir ou pelo menos attenuar certos casos que mais tarde se tornariam de incapacidade grave e irreparavel, constituindo assim um onus para a propria sociedade. A esse proposito citou a opinião de autorizados especialistas no assumpto, como M. Unsain, Ciampolini, Zero, Bohler, comparando as organizações modelares de varios paizes americanos e europeus com os nossos serviços precarios e deficientes de accidentados mantidos por algumas companhias de seguro, cujo exclusivo objectivo é a sua especulação commercial desde quando, como acontece entre nós, não estejam submettidas á fiscalização technica directa do ministro do Trabalho, governo estadual e Juizo de Accidentes, suggerindo uma regulamentação adicional da nova lei, que venha remover as falhas apontadas.

Sociedade de Urologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE JULHO

Presidente : DR. GERALDO V. DE AZEVEDO

Hydronephrose intermitente em um rim em ferradura — DR. DARCY VILLELA ITIBERE. — Trata-se da interessante observação de um paciente cujos padecimentos haviam sido por muito tempo attribuidos ao aparelho digestivo e no qual o exame especializado urológico revelou um rim em ferradura, com hydronephrose á esquerda e bacinete duplo á direita. Foi praticada a heminephrectomia esquerda, com pleno exito. O autor tece ainda varias considerações em torno daquella mal-formação renal.

Indicações cirurgicas nas espermatozystites suppuradas. Technica opratoria — DR. ATHAYDE PEREIRA. — As espermatozystites agudas e chronicas não estão apenas sujeitas ao tratamento classico, mas também á therapeutica cirurgica, conservadora ou radical. São os empyemas agudos fechados das vesiculas, as espermatozystites purulentas chronicas com ou sem abscesso, a vesiculite intersticial fibrosa e a prevesiculite que requerem muitas vezes uma indicação cirurgica, sobretudo quando a sua symptomatologia é aggravada por manifestações geraes como o rheumatismo polyarticular toxico,

lumbago, dores musculares, sciatica affecções nervosas, anemias secundarias, myocardites, irido-cyclite, etc., além de perturbações funcionaes dos órgãos vizinhos que culminam na estase urinaria alta por compressão do ureter ou estreitamento devido á periureterite. Em casos assim complicados, e subordinados a uma infecção latente ou manifesta das vesiculas seminaes, a intervenção cirurgica traz beneficios rapidos sem que periclite a vida dos enfermos. Taes intervenções se resumem hoje na drenagem das vesiculas infectadas segundo Morrissey, seguindo-se a via perineal, e na vesiculectomia ischio-rectal de Voelckey, operações essas que o autor descreve com minucia. Exibe ainda pranchas illustrativas concernentes aos fundamentos anatomicos dessas operações, assim como dos seus varios tempos. Depois de passar em revista as demais intervenções hoje em desuso, o autor termina por citar as estatisticas de Fulter com 124 casos, de Cunningham com 128 e de François com 500 casos de vesiculectomias e drenagens, cujo resultado satisfatorio muito recommenda as technicas que expoz. — Dr. Nestor Moura, secretario.

Sociedade de Ophthalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE MAIO

Presidente : DR. DANTON MALTA

Um caso de iridocyclite grave por calculose hepatica — DR. A. BUSSACA. — O A. relata um caso de iridocyclite grave examinado ha um anno e meio atrás; apesar das pesquisas de laboratorio, a etiologia não ficou estabelecida e toda a therapeutica empregada foi sem resul-

tado. Mezes atrás a doente teve uma colica hepatica e foi operada, tendo sido extrahidos das visicula numerosos calculos. Após a intervenção a iridocyclite regrediu rapidamente e o olho voltou á calma. O criterio "ex-juvantibus" faz pensar que o processo ocular era mantido

pela doença da visícula biliar, por muito tempo despercebida.

O A. salienta a difficuldade que muitas vezes se encontra em estabelecer a etiologia das iridocyclites...

Avançamento do elevador da palpebra num caso de ptose parcial — DR. A. BUSSACA. — O A. apresenta um doente que soffria de ptose da palpebra superior em consequencia de paresia e destruição da parte distal do musculo elevador da palpebra superior, por trachoma já curado. Para corrigir a ptose fez o avançamento do musculo paretico. Descreve a technica empregada. O resultado foi optimo, pois a palpebra superior readquiriu completamente a sua mobilidade. Permanece blepharochalasis, da qual explica a pathogenia, e diz como pretende corrigi-la com outra intervenção.

Exophthlmo pulsatil por aneurisma arterio-venoso da carotida interna no seio cavernoso — DR. BENEDICTO PAULA SANTOS. — O A. apresenta a observação completa de um destes casos no qual foi feita a ligadura da carotida primitiva, pelo dr. Zepherino Amaral, com resultados immediatos optimos. Um mez após, o sopro, que já se ouvia no dia seguinte á ligadura, e o "trill", ganharam intensidade, embora sejam ainda muito mais fracos que antes da operação.

O A. faz minuciosa exposição da circulação collateral e conclue salientando a importancia da via collateral da carotida externa, pelas suas anastomoses com a thyroidea inferior e com a carotida externa do lado opposto, e, focalizando tambem a razão provavel por que a ligadura da carotida primitiva é menos grave que a da carotida interna.

Congresso da Associação Medica Pan-Americana

REUNIÕES REALIZADAS EM S. PAULO

Realizaram-se nesta Capital, a 18 e 19 de julho ultimo, as sessões do 6.º Congresso promovido pela Associação Medica Pan-Americana.

Afim de participarem dessas reuniões, chegaram a S. Paulo, procedentes do Rio de Janeiro, numerosos medicos brasileiros, argentinos e uruguayos, que tinha tomado parte nas reuniões do Congresso effectuada na Capital Federal.

A Santos chegou tambem o vapor Queen of Bermuda que transportou ao Brasil os medicos norte e centro-americanos e antilhenzes participantes do Congresso.

Trabalhos do dia 18. — No amphitheatro da Faculdade de Medicina realizou-se a cerimonia inaugural da parte do programma cumprido em S. Paulo, do 6.º Congresso Medico Pan-Americano.

Dando inicio aos trabalhos da sessão usou da palavra o prcf. Cantidio de

Moura Campo, que, em nome do Governo do Estado, se congratulou com os congressistas, entre os quaes se viam as maiores notabilidades da sciencia americana.

A seguir, falou o professor Jackson. No decorrer do seu discurso o eminente cientista apresentou uma caixa symbolica confeccionada em madeira de todos os paizes americanos. Dessa caixa retirou o professor Jackson um martelo — o mesmo que foi apresentado na sessão inaugural do Congresso, no Rio de Janeiro, e constituido, tambem, de 22 fragmentos de madeiras originaes de todas as nações americanas. Esses fragmentos estão unidos por um anel de prata symbolizando a medicina e em que está inscripta uma legenda em latim e que pode ser assim traduzida: "Só pôde existir bem na união dos meritos de 22 paizes".

Em seguida, o dr. Afranio Amaral communicou á Assembléa que iria

ser realizado um "meeting" científico, no decorrer do qual se fariam ouvir grandes notabilidades da medicina americana e vultos de projecção na sciencia mundial.

Falou, então, o professor Wm. Haggard que discorreu sobre o "bocio exophthalmico".

Seguiu-se-lhe com a palavra o professor J. Mc Reynolds, que fez exhibir um filme sobre operação da catarata.

Em terceiro lugar falou sobre a febre maculosa o professor G. G. Richards.

Sobre os raios X e o cancer, falou o professor Soiland. Discutiu o assumpto o professor Ewing, de Nova York.

O professor J. Valls, da Argentina, apresentou um trabalho sobre a fractura do collo femural.

O professor nclan, de Cuba, discursou sobre a arteriographia em lesões osseas.

O dr. H. Lagomarsino, da Argentina, discorreu sobre a osteite fibrosa e parathyreoidectomia.

Em seguida, o professor Albee, exhibiu filmes sobre a technica original no tratamento de fractura do collo femural.

A seguir foi exhibido um filme colorido pela primeira vez passado na America do Sul, na inauguração do Congresso Medico Pan-Americano no Rio de Janeiro. Consiste elle na exhibição de uma operação de megacolon, praticada pelo professor Babcock.

O dr. Carlos Osborne, do Rio de Janeiro, apresentou um filme sobre a Estereophotogrammetria em Radiologia.

Falaram ainda o prof. Raphael de Barros sobre volumetria cardiaca; dr. G. Villalonga sobre physiotherapia; dr. Oswaldo Portugal sobre a utilização do radium em S. Paulo e o dr. Carlos Fernandes sobre aspectos locais da physiotherapia natural.

Trabalhos do dia 19. — Pela manhã, em diferentes dependencias da Sta. Casa de Misericordia realizaram-se as conferencias seguintes:

No pavilhão "Fernandinho S'monsen" falou o professor Rezende Puech,

que expoz o processo que emprega no tratamento do "pé-calcaneo-cavo bilateral inveterado", illustrando sua conferencia com photographias e graphics.

A seguir, o professor Rezende Puech fez uma operação na presença dos congressistas, que assistiram á sua exposição.

No pavimento do Instituto de Radium, secção de Oto-rhinologia, falaram os drs. Mario Ottoni de Rezende, sobre "Mucus Leishmaniasis"; David Sanson, sobre "abcessos encephalicos" e José Koss, sobre "fronto ethmoidal".

Presidia pelo dr. sr. Pereira Gomes que tinha ao seu lado os drs. Mac Reynolds, Green, Ellett e Emory Hill, realisou-se no salão nobre, a reunião da secção de Ophthalmologia do Congresso Pan-Americano.

De accôrdo com o programma estabelecido, o dr. Theophilo Falcão, de Santos, leu o seu trabalho sobre "o tratamento da tuberculose ocular pela tuberculina".

A seguir, o sr. dr. Pereira Gomes falou sobre o "Trachoma no Brasil".

A' tarde, em um dos amphitheatros da Faculdade de Medicina, a reunião da secção de cirurgia plastica foi levada a effeita.

Assumindo a presidencia, o sr. dr. J. Rebello Netto dirigiu uma saudação aos membros estrangeiros e nacionaes, presentes á sessão.

Depois de manifestar a sua satisfacção por vêr agrupados em torno de um mesmo ideal de sciencia, de arte e de progresso um pugilo de especialistas, reunidos pela primeira vez no Brasil para apresentar documentos que honram a medicina e a cirurgia, convidou para assumir successivamente a presidencia os drs. Webster, especialista de Nova York e Kazanjian, de Boston, ambos recebidos sob calorosos applausos. Proseguiu o dr. Rebello accentuando como deve ser encarado o problema da cirurgia plastica, e como se torna necessario attender a clientela pobre, talvez a mais merecedora de arrimo. Depois de apontar o que São Paulo tem feito nesse sentido, inaugurando ha annos um serviço desse genero na Santa Casa, considerou indispensavel a criação de nucleos regionaes de es-

tudos e experiencias, em vista do cunho diverso que se deve imprimir no combate contras as deformidades. Assim, ás deformidades tropicaes, não se coadunam as technicas estrangeiras, cujas applicações são diversas das nossas.

A seguir, tem a palavra o dr. Webster, que pronunciou a sua conferencia sobre a "Cirurgia plastica no tratamento das doenças malignas externas".

O cancer, mutilante em si, provoca mutilação ainda maior ao ser extirpado. Dahi a necessidade do cirurgião plastico intervir, procurando minorar os damnos. Illustra o orador a sua exposição com uma série interessantissima de projecções, mostrando varias modalidades pathologicas e o criterio esthetico da reconstituição posterior.

O dr. Stapler, de São Paulo, commentou, a seguir, o trabalho precedente, descrevendo, em linhas geraes, detalhes de technica da sua preferencia, exhibindo alguns moldes em gesso e photographias de doentes operados.

O dr. A. Prudente commentou a contribuição do dr. Webster, passando em revista casos semelhantes por si tratados.

A seguir, o dr. Rebello Netto desenvolve o seu thema "Da cirurgia nasal e facial em São Paulo". Abordou as plasticas em que é preciso augmentar o volume dos tecidos, di-

minuil-os ou apenas normalisar a conformação.

Estudou a conducta do cirurgião na leishmaniose, tão comraum entre nós. Dentre as plasticas faciaes, referiu-se á correção das perdas de substancia, aos tumores e cicatrizes. O tratamento cirurgico da paralysis facial é objecto de cuidadosos estudos. Exhibiu modelagens em cera e photographias dos casos operados.

Finalmente citou as suas pesquisas sobre transplantação muscular, que vem estudando ha quatro annos e que pela primeira vez traz a publico, provando as suas conclusões com documentos histopathologicos e passando um filme de um doente operado pelo seu processo original.

Encerrou a sessão o dr. A. Prudente, relator do thema sobre "Cirurgia plastica da mamma". De posse de uma grande collecção de desenhos, discorreu longamente sobre o assumpto, accentuando as difficuldades technicas que se antepõem á acção do cirurgião. Documentou os dados anatomicos com peças preparadas por si, projectando photographias de casos da sua observação pessoal.

O dr. Rebello encerrou a sessão fazendo votos para que a curiosidade manifestada pelos medicos possa, de futuro, ser satisfeita por meio de maior divulgação scientifica e mesmo pelo ensino da cirurgia plastica nas faculdades de medicina nacionaes, tal como se está fazendo em outros paizes.

Departamento de Prophylaxia da Lepra

CONGRESSO DE THERAPEUTICA

Realização do importante certamen. — Realizou-se nesta Capital, nos dias 25 e 26 de junho ultimos duas sessões do Congresso de therapeutica da lepra, promovido pelo Departamento de Prophylaxia da Lepra.

Foram os seguintes os trabalhos apresentados ao Congresso:

O azul de methyleno no tratamento das algias leprosas. — DR. LUIZ MARINO BECCHELLI.

O azul de methyleno pelo methodo de Montel no tratamento da Lepra.

— Collaboração do CORPO CLINICO de Gopouva.

Tratamento da lepra pelo azul de methyleno no A. C. Aymorés. — DR. JOSÉ CORREA CARVALHO.

O azul de methyleno no tratamento dos R. lepróticos. — DR. EDISON DA COSTA VALENTE e DR. LUIZ MARINO BECCHELLI.

Considerações sobre o tratamento da lepra pelo azul de methyleno — DR. RENATO BRAGA.

Sobre a therapeutica da lepra ocular. — DR. FRANCISCO AMENDOLA.

Sobre o tratamento das complicações oculares decorrentes da lepra. — DR. J. MENDONÇA DE BARROS.

As reacções sorológicas em face do tratamento anti-leprotico. — DR. LAURO DE SOUZA LIMA.

Tratamento das algias em hanseianos pelo anaveneno crotalico. — DR. JOÃO M. JUNIOR.

Opothérapie thyroidea em um caso de lepra. — DR. ARGEMIRO R. DE SOUSA.

Aplicação do acido osmico nas neurites agudas leproticas. — DR. ARGEMIRO R. DE SOUSA.

O methodo de "plancha" e a comprovação histo-pathologica de sua efficacia. — DR. LAURO DE SOUSA LIMA.

Lesões oto-rhino-laryngologicas. — DR. SERGIO DE CARVALHO.

Ao encerrar-se o Congresso faleu o prof. Etienne Burnet, commissariado pela Liga das Nações, pronunciando as seguintes palavras:

Ha 6 annos não vinha a São Paulo. E agora, noto aqui consideravel progresso, no que se refere a questões de prophylaxia da lepra. Tive oportunidade de verificar o enthusiasmo com que os medicos do Departamento de Prophylaxia da Lepra

precuraram desempenhar-se das funções que lhe são commettidas. Quero collocar em relevo a boa vontade com que o governo paulista vem secundando a actuação dos nossos medicos.

Não é difficil, por isso mesmo — disse o prof. Burnet — antever a criação de uma escola brasileira, que revolucionará as concepções actuaes sobre o mal de Hansen.

Referiu-se, depois, á historia da lepra, dividindo-a em tres periodos: o noruegues, caracterizado pelos estudos sobre a sua etiologia; o das Philipinas, em que predominaram os estudos therapeuticos; o brasileiro, ou seja a phase physico-therapeutica.

Salientou que, em futuro proximo, o problema de lepra terá plena solução em São Paulo e, isto, em virtude da orientação scientifica e humana que se vem dando á prophylaxia do terrivel mal.

Concluindo, conceitou os medicos paulistas a prestarem sua collaboração ao Centro Internacional de Leprologia, para que lhe seja possivel attingir todas as suas finalidades.

LITTERATURA MEDICA

Livros recebidos

A Eosinophilia Sanguinea. — PESSOA, S. B. e MEIRA, J. A. — Sec. ed. med. Ltda. — S. Paulo, 1935.

Num volume com 165 paginas os AA. reuniram os capitulos já publicados in "Annaes Paulistas de Med. e Cir.", referentes a esse grande problema hematologico que é a Eosinophilia. Magnifica compilação de um lado e melhor documentação original de outro: primeiramente porque, reunir o que se acha esparso em litteratura tão extensa sem fugir das normas didacticas, não é tarefa facil; o thema tratado apezar da enorme contribuição bibliographica tem um interesse crescente e uma revisão periodica é sempre opportuna mesmo

porque cada vez mais se sommam as aquisições; finalmente, o contingente pessoal abordando de um modo especial a experimentação em ratos, representa materia nova sobre o que muito temos a reflectir e aprender. Infelizmente não posso em rapido esboço critico tratar de todos os problemas ahí ventilados, porque o trabalho apezar do seu criterio analytico, já é uma synthese bem condensada.

Começando por considerarem a eosinophilia humana nas infecções, encaram logo o seu classico papel nas escarlatina, broncho-pneumonia, diphteria, blenorragia, lepra, syphilis, tuberculose, etc.. Naturalmente aqui, as variações a que podem estar

sujeitos os eosinophilos são abundantes e os AA. sabem documentar-se com a casuística alheia. Interessante o exposto a seguir sobre as dermatoses, as intoxicações medicamentosas, os estados allergicos e os de ordem anaphylactica, sendo estes ultimos os mais famosos sob este ponto de vista. Nas affecções do systema hematopoietico com eosinophilia symptomatica destacam a anemia de Biermer; estudam com detalhes a eosinophilia hepato-therapeutica de recente acquisição.

Falam dos eosinophilos da myelose leucemica chronica, mas a proposito não se referem (pg. 12) ao valor que têm os eosinophilos e mais os basophilos para o diagnostico differencial com os processos leucemoides. Este reparo sem querer incriminar por isso os AA., faço-o para chamar a attenção dos que na pratica não levam bem em conta aquellas especificas cellulæ granulosas, as primeiras a desaparecerem nas graves affecções leucemoides. Já tive a occasião de verificar amplamente o valor dessa occorrença e mesmo publicar para breve uma annotação, em que ao lado de outros fundamentaes, discutirei aquelle achado para o diagnostico differencial. Ainda sobre os eosinophilos na myelose leucemica, os AA. poderiam lembrar a significação da histiocytose leucemica quando eosinophila. A origem hemocytoblastica dos eosinophilos myeloides sofre alteração neste caso, sendo certa aqui também uma origem histioide, como aliás succede aos demais granulocytos. Um grande problema hematologico é o da origem dos eosinophilos, assumpto por signal amplamente analysado mais adiante pelos AA. (pg. 88). Em casos pathologicos como o da myelose leucemica chronica deve ser invocada a a origem histioide: o estudo conduzido no sentido de sabermos em que eventualidades haja seguramente ee. histioides no sangue circulante é de cogitação actual de quem escreve estas linhas.

Seguem as observações no Hodgkin, nas polycetemias, as após á esplenectomia, as devidas por acção dos raios X, etc.. Importante e de destaque é o estudo da eosinophilia constitucional e o da "Grande eosino-

philia sanguinea", nas quaes o quadro permite innumeradas considerações praticas e de ordem doutrinaria. Bem apanhada a discussão dos quadros eosinophilos constitucionaes quando se os comparam com o leucemico eosinophilo. A exposição feita a proposito é uma das mais suggestivas e modernas do capitulo. Consideram finalmente a E. nas neoplasias, nas endocrinopathias, em estados pathologicos affins e em outras entidades morbidas de natureza diversa. Mais tres reparos faço a respeito do 1.º capitulo: a) no indice analytic (aliás muito bem discriminado no fim do livro), registram-se tres chaves em versaete: "Eosinophilia nas infecções, Eosinophilia constitucional e Eosinophilia em neoplasias"; talvez haja um erro de revisão nessa divisão, porque dentro da primeira chave por exemplo, estão postas em minusculas (como subdivisão da chave) denominações de processos que não são de natureza infectuosa; idem na 3.ª chave em outros logares do indice onde este mesmo engano se repete. b) Porque no texto não foram subdivididos á margem ou no inicio do capitulo os paragraphos tão utilmente alinhados no indice? Ficaria mais facil para a consulta particularizada. E' verdade que a monographia representa "separata" de publicações periodicas: seria difficil acrescentar as "marginalias", mas já não si viessem os sub-titulos encabeçando os capitulos. c) Falta parcial de materia ou pelo menos necessidade de ordenal-a no inicio ou no fim do 1.º capitulo; materia referente ás alterações qualitativas cytologicas dos eosinophilos: alterações de forma, estructura do cytoplasma e do nucleo, etc.. Os AA. ao menos neste capitulo, obedecem principalmente ao estudo quantitativo e ao exame da occorrença da E. E' exacto que poderiam ir longe si fossem analysar tudo quanto se refere ao thema, mas uma rapida synthese em torno daquelle particular não seria de todo superflua.

Magnifica a exposição da E. nas parasitoses e de modo especial nas helminthiases, materia do 2.º capitulo. Uma por uma são analysadas as affecções por protozoarios: ame-

biase, balantidiose, impaludismo, trypanosomiase africana, a de Chagas, o kala-azar, a leishmaniose infantil e a americana. Minuciosa a série das helminthiases estudadas: destaco a ancylostomose, onde apparecem dados pessoas enriquecendo o argumento. Sobre a imagem nuclear de Arneith applicada aos ee. por Sabrazés, expõem exemplos de indice ora com desvio á D. ora á E. Tenho a impressão de se dever reconhecer o valor do augmento e da diminuição do eosino-indice, sem, porém, lhe dar a importancia que os francezes emprestaram: não ha quadros especificos tão rigorosos para a applicação da imagem nuclear dos eosinophilos, mas não deixa ella de ter ás vezes certa significação, embora não pensa deste modo Jimenez de Asua.

O 3.º capitulo é o de preparação da parte original do trabalho, porque consta da E. experimental. Do homem passam em revista primeiramente certas EE. therapeuticas, inclusive as que dizem respeito á esplenectomia e ao pneumothorax artificial, secundariamente abordam as de infestação experimental por helminthos: ancylostomo, enterobius, etc.; por fim o cysto hydatidico é objecto de considerações neste paragrapho. Considerando o quadro hematologico de animais, publicam um utilissimo quadro dos ee. em varios Mammiferos e ferem a questão da helminthiase do cavallo, pombo, gato, cão, etc.. A' proposito das pretendidas taxas normaes dos ee. quer nos animais domesticos e de laboratorio, como nos silvestres, o quadro reunido de diversos AA. é eloquente para provar o que sempre julguei á proposito da percentual dos granulocytos nos Mammiferos: ella é francamente sujeita a oscillações extremas mesmo naquellas especies vivendo em condições as mais proximas do natural. Os AA. frisam bem esse facto nos ratos (conclusões á pg. 110). As oscillações attingem indifferentemente todos os elementos cellulares da formula leucocytharia. Em animais silvestres, mesmo fóra do captivo, já vi uma vez nos Zenartha como variam estas taxas; todos os autores que estudaram o sangue desde os Primatas aos Marsupiaes, não podem deixar de apontar o

significado geral deste facto, como os nossos AA. o fazem particularmente nos ratos. Examinam a seguir a E. provocada por injeção de extractos helminthicos, discutindo as variações resultantes, inclusive as de ordem technica. Sobre o principio eosinophilotactico percebe-se da bem exposta literatura a relação que liga directa ou indirectamente este principio ás proteínas heterologas e á anaphylaxia. De grande interesse são as considerações da E. "in vivo": a E. "e os phenomenos asphyxicos e a sua relação com os efeitos do pneumothorax therapeutico"; é oportuna ahi a critica aos estudos de Pescatori.

No estudo da E. "in vitro", lembram logo as tão discutidas pesquisas de LIEBREICH sobre as quaes tenho alguma experiencia como citaram os AA., mas "não" coroadas de exito completo, porque das varias tentativas apenas uma me deu resultados um tanto satisfactorios: os ee. na pellicula condensada de leucocytos eram muito mais abundantes do que antes da experiencia, mas no esfregão se conservaram em más condições morphologicas. Neste ponto estou de accordo que haja apenas um enriquecimento de ee. na pellicula, uma condensação e não formação como aliás crêem MAYR e MONCORPS.

O problema da origem dos ee. decorrentes destes estudos, é motivo de exame no final do capitulo. O ultimo capitulo é o da contribuição original com experimentação em ratos: as considerações preliminares sobre a formula leucocytharia desses roedores são de grande utilidade. Aqui devo fazer mais um reparo: já em 1929 tinha chamado a attenção sobre os histiocytos no camodongo (*Histiocytos* nos Mammiferos, etc.,) mostrando o caracter endothelial desta cellula, sua função plaquetocinetica, etc. (V. prancha desta publicação). Os AA. citam este trabalho na bibliographia, mas no texto talvez esquecessem de chamar a attenção sobre o achado.

Não posso me deter como era meu desejo, sem me alongar demais na analyse esmiuçada destes 3 ultimos e capitais paragraphos: "a taxa dos ee. nos ratos parasitados por hel-

minthos; a influencia da esplenectomia dos ratos" e "idem acerca da anaphylaxia nos ratos". Uma conclusão importante no primeiro parágrafo é de que a E. sanguinea não ocorre isoladamente nos exemplares infestados e si o parasitismo helminthico determina no rato qualquer reacção sanguinea, esta se revela por uma excitação combinada dos systemas meyoide e lymphoide. Até mesmo os poucos trabalhos existentes antes deste, estão de accordo com a importante conclusão dos AA.; houve sempre fracasso em obter a E. por meio de infestação experimental nos ratos. Sobre a esplenectomia dos ratos, graças á qual ha uma acção de despertar do agente da infecção latente produzida pela "Bartonella muris rati", concluem que a esplenectomia não pode provocar a E. uma vez exacerbada a infecção. Como acontece de regra nos processos infectuosos, tambem aqui a "Bartonellose" não daria tempo para permittir á medulla ossea libertar os eosinophilos que estiveram frenados pela presença do baço. Na anaphylaxia dos ratos a E. sanguinea é inconstante ou falta e quando existe, transitoria. No começo ha até tendencia á diminuição e na phase de sensibilização a E. não é feição hematologica caracteristica. Si existir eosinophilia experimental anaphylactica nesses animaes, ella deverá se produzir em pericdo tardio.

Es o que posso em minimo de espaço resumir das muito uteis conclusões seguras e prudentes que caracterizam a parte original da monographia de PESSOA e MEIRA. Trabalho fundamental no campo da hematologia brasileira, que felizmente tem sido cultivada com certo carinho nestes ultimos annos. Merece ser apontada como uma das mais perfeitas contribuições sobre a E. sanguinea, sendo apenas apparente a unilateralidade da sua contribuição original, porque as deducções de ordem theorica e as applicações de ordem pratica abrangem muitos dominios da medicina.

Uma rica lista bibliographica completa as de outros AA. (Jimenez de Asua, Weinberg-Leger, Tanturi, etc.), com a vantagem e a oportunidade de reunir numerosas contribuições brasileiras. — José Oria.

A Manual of Surgery for Students and Graduates — FRANCIS STEWART e WALTER LEE, — P. Blakiston's Son & Co. (1012 Walnut Street), Philadelphia, 1931.

Em 6.^a edição, refundida e modernizada, a grande livraria norte-americana P. Blakiston's Son & Co. está vendendo o optimo compendio de Stewart e Lee. Trata-se de um excellente manual, talvez o mais diffundido na America do Norte entre estudantes e medicos praticos, pois que é um livro que dá, de uma forma geral e precisa, noções seguras sobre as molestias cirurgicas e indica, succintamente e com clareza, o melhor tratamento a ser instituido. Num total de 1300 paginas com 787 gravuras elucidativas, o volume abrange toda a pathologia cirurgica, sendo um guia de facil manuseio nas contingencias innumeradas da clinica civil. Preço, \$10.00 dollares.

Compendio de Anatomia Descriptiva — L. TESTUT e A. LATARGET, 14.^a edição espanhola de Salvat Editores (41, calle Mallorca), Barcelona, 1935.

E' desnecessario enaltecer o valor deste livro. E' um resumo do classico tratado de Testut. E resumo tão util que só na lingua castelhana já obteve 14 edições. Como bem salienta Latarget no prefacio, "os estudantes obrigados a aprender a anatomia descriptiva em alguns meses encontram neste volume um resumo indispensavel das noções extensamente expostas nos tratados didaticos". E o proprio Testut faz notar que o livro é destinado "aos que necessitam refrescar a memoria do que já aprenderam". E', pois, um livro que é util a qualquer medico. Revendo esta edição, Latarget fez "numerosas modificações concernentes á Angiologia, ao Systema Nervoso e á Esplanchnologia". O volume contem 850 paginas.

La tuberculosis pulmonar en el niño y en el adulto — CARLOS DIEZ FERNANDEZ — Manuel Marin y G. Campo (Mejia Lequerica, 4), Madrid, 1935.

Acaba de ser lançado em Espanha um excellente livro sobre tuberculose pulmonar. Excellente e opportuno:

excelente pela maneira com que foi tratada a materia e opportuno por ser uma obra moderna, contendo as mais recentes conquistas no terreno da tisiologia. Diz o A. : "Este livro foi escripto pensando somente naquelles que desejam ter acerca da tuberculose pulmonar e do estado actual dos seus problemas uma idéa geral de conjunto, sem mais ampliações que as imprescindiveis". E' um ponto de partida para quem, hoje, queira entrar pelo campo da especialidade. E' um repositório de idéas novas para quem faz clinica geral. E, por fim, tendo um capitulo sobre "tuberculose osteoarticular" é util tambem ao cirurgião geral. O volume contem perto de 600 paginas, em excellente papel, com 290 illustrações habilmente escolhidas e custa apenas 40 pesetas.

O Cancer precisa ser combatido.

— ANTONIO PRUDENTE, Calvino Filho (rua Senador Dantas, 48), Rio, 1935.

Trata-se, como o nome indica, de um livro de divulgação. De divulgação no grande sentido de colher muita coisa de util. De facto, entre nós ainda muito temos que fazer em face do problema do cancer. A intenção do A. é deixar bem claro, não só nas rodas medicas como tambem naquellas que são responsaveis pela assistencia social, a grande importancia que assume em nosso meio o problema do cancer e a necessidade de congregarmos esforços para uma campanha mais intensa e mais efficiente contra o terrivel mal, seja promovendo a prophylaxia, seja dando assistencia precoce aos doentes, seja estudando o assumpto com vontade de obter resultados mais praticos

do que aquelles que nos facultam os nossos actuaes conhecimentos. O livro é opportuno e merece ser lido e ponderado. Contem 192 paginas com muitas gravuras e está dividido em 15 capitulos, o ultimo dos quaes dedicado á "organização anti-cancerosa em S. Paulo".

Appendicitis — BERNARDO DELL'ORO, Editorial Medica Lagos (Cordoba, 3.040), Rosario, 1934.

O prof. Bernardo Dell'Oro, de Rosario, na Argentina, fez uma excellente monographia sobre a appendicite — "a mais commum das enfermidades chirurgicas". Encarando o assumpto desde o ponto de vista historico até o ponto de vista cirurgico, inclusive sequencia operatoria, abordou todos os problemas attinentes á appendicite, com uma visão real dos factos digna de ser salientada. Não só a anatomia a anatomia pathologica, a etiopathogenia, a symptomatologia e as formas clinicas mereceram detalhado estudo, como tambem o diagnostico differencial e a orientação do tratamento para cada caso particular.

Associação dos Sanatorios Populares — M. A. NOGUEIRA CARBOSO, Relatorio de 1934.

O illustre tisiologo de Campos do Jordão relata neste folheto as actividades, em 1934, dos Sanatorios Populares, mantidos naquella estancia climatica por uma associação de caridade. Os donativos deverão ser encaminhados para a Caixa Postal, 53, em Campos do Jordão, ou para a residencia do thesoureiro em São Paulo, á rua Homem de Mello, 91.

IMPRENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Boletim Medico de S. José dos Campos, II, 1-31, abril-maio, 1935.

O factor clima na cura da Tuberculose Pulmonar — RUY RODRIGUES DORIA, JOÃO BAPTISTA DE SOUZA

SOAKES, IVAN DE SOUZA LOPES e JOSÉ ROSEMBERG.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XIX, 1-45, março-abril, 1935.

Kystos e fistulas medianas do pescoço — DR. EURICO BASTOS; Aneurisma arterio venoso traumatico da humeral — AVELINO CHAVES; Aneurisma da arteria poplitea — J. AVELINO CHAVES; Ataxia aguda polinevritica — VASCO FERRAZ COSTA e TITO RIBEIRO DE ALMEIDA.

Folia Clinica et Biologia, VII, 101-148, n.º 3, 1935.

Infestação natural da pulga do rato *Cnopsyllus musculi* pelo cystercercoide da *Hymenolepis diminuta* — S. B. PESSOA; Tuberculose e tratamento especifico — E. BELLIBONI; A proposito da curva thermica das cobaias reinoculadas com o virus do typho exanthematico de S. Paulo — J. R. MEYER; Dell'uso dei medicamenti per via gastrica nell'uretrite gonococcica. Nota III: la diuresi idrominerale — A. BUSACCA.

Gazeta Clinica, XXXIII, 114-142, maio 1935.

A teurapeutica na campanha anti-tuberculosa — ARISTIDES GUIMARÃES; Aeroionisação em medicina — A. L. ICHJEVSKI.

Hipocratéia, I, 127-162, novembro-dezembro, 1934.

Valor terapeutico do oleo de capivara — J. DUTRA DE OLIVEIRA; Generalidades sobre o exame psychiatrico — E. DE AGUIAR WHITAKER.

Novotherapia, XV, 68-96, maio 1935.

Cephalalgias lueticas — W. B. BARDINELLI; Algumas applicações recentes dos hormonios hypophysarios em therapeutica — E. TRAMONTI; A Endocerebrina no tratamento de alguns syndromas nervosos.

Pediatria Practica, V, 466-506, dezembro 1934.

Causas de mortalidade infantil — PEDRO DE ALCANTARA; Diagnostico clinico da tuberculose pulmonar no lactente — ROSANNAH DE OLIVEIRA.

Revista de Cirurgia de S. Paulo, I, 484-558, abril 1935.

A arthroplastia das ankyloses do cotovello — THEODORO D. GOULART; A ligadura e ressecção dos troncos arteriaes do membro inferior em face da physiologia normal e pathologia da circulação arterial collateral — S. HERMETO JUNIOR.

Revista de Leprologia de São Paulo, II, 80-130, junho 1935.

El empleo de las anilinas en el tratamiento de la reaccion leprosa — JOSÉ M. FERNANDEZ e SALOMON SCHUJMAN; Eliminación do bac. de Hansen pela via cutanea — GIL CASTRO CERQUEIRA.

Revista Urológica de S. Paulo, II, 320-388, março-abril, 1935.

Tumores epitheliaes da bexiga — ATHAYDE PEREIRA; Sobre os fundamentos e a importancia therapeutica da enervação do rim — A. VON LICHTENBERG; A secção do isthmo do rim em ferradura — GERALDO B. DE AZEVEDO; Da descapsulação renal — ENEAS BALESDENT; Constipação renal e vaso aberrante — ATHAYDE PEREIRA.

São Paulo Medico, I, 107-168, maio-junho, 1935.

A ionisação trans-cerebral iodurada na epilepsia — FAUSTO GUERNER; Como evoluiu o conceito social sobre a tuberculose — MIGUEL COVELLO JR.; Em torno do problema da febre amarela — G. H. DE PAULA SOUZA.

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

O choque produzido pelas vaccinas

Propidon e calcio na veia. — Resumo de um trabalho publicado pelo dr. WALTER TELLES, em Publicações Medicas, S. Paulo, VI, n.º 9, abril de 1935:

"O problema de choque occasionado pelas vaccinas, e com especialidade o propidon (caldo-stock vaccina mixta de estrepto, estaphylococo e bacillos pycocyanicos, for-

mula do Prof. Dalbet), causa uma serie de dissabores. No mais das vezes, ou o doente abandona o tratamento após o choque da primeira injeção ou, se volta, é para queixar-se delle, e difficil se torna então convencê-lo de que, se ha choque ha beneficio, porque ha defesa.

Mas nem sempre é assim. Vezes ha, ainda, em que é o medico mesmo o primeiro a temer o choque, razão de resistencia ou idade avançada do doente, ou seja porque opposição exista da parte da familia do paciente.

O A. teve ensejo de, em algumas observações pessoas, provar a excellencia do methodo preconizado por Moacyr Ubirajara "Como evitar o choque do propidon", isto é, dar, 15 minutos antes de injectar o propidon, uma injeção endovenosa de calcio. Constatou que, assim o fazendo, não ha choque, reacção absolutamente nulla, salvo ligeira dor local, pequeno mal estar, pequena ascensão thermica, 37,° (em regra, o propidon dá 39° de febre). Os resultados obtidos com o propidon, assim ministrado, foram surpreen-

dentes, sem os phenomenos desagradaveis e alarmantes de choque.

O exito da technica empregada levou o A. então a tentar identico procedimento na applicação do dmelcos. Como é sabido, essa vaccina (stock-vaccina de bacillos de Durey), cujos resultados são magnificos no tratamento do canero molle, produz uma reacção deveras notavel. A maior parte dos doentes se assusta. Doente de 23 annos, com ulcerações situadas na face interna do prepucio, com infarto ganglionar consideravel. Phagedenismo. applica a 1.ª empola de dmelcos (1 cc.) 15 minutos depois da injeção endovenosa de calcio; reacção praticamente nulla. A seguir, segunda e terceira injeções cada 3 dias, e em doses progressivamente crescentes. O doente abandonou o tratamento completamente curado.

O A. resalta ser essa technica (antes de dar o propidon ou dmelcos, injectar endovenosamente um sal de calcio) desprovida de inconveniente, razão pela qual entende deva ella ser divulgada em larga escala."

VIDA MEDICA PAULISTA

1.º Congresso de Hydro-Climatologia

Sua realização em Agosto. — Por iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo com a collaboração do Touring Club do Brasil, realiza-se, nesta Capital, de 11 a 15 de agosto, o 1.º Congresso de Hydro-Climatologia.

Os themas geraes de que trata essa assembléa scientifica são os seguintes:

1 - Evolução da creno-climatologia no Brasil. Cadastro e classificação das estancias hydro-mineraes do paiz.

2 - Contribuição para o estudo da geologia medica das estancias hydro-mineraes do paiz. Processos de captação das a uas e gases. Meios de protecção das fontes.

3 - Da função dos serviços de meteorologia nas estancias hydro-

mineraes e climaticas. Bases para sua organização no paiz.

4 - Importancia da organização de excursões medicas ás estancias hydro-climaticas.

5 - Da contribuição do turismo para o progresso das estancias hydro-mineraes e climaticas.

6 - Da função do Estado na organização das estações de cura e repouso (centralisação administrativa - hygiene - urbanismo - cooperação privada - industrialisação das aguas mineraes).

Além destes themas serão esplanados os seguintes themas especiaes para cada estancia;

- 1 - Geologia medica.
- 2 - Estudo meteorologico.
- 3 - Climatologia medica.

4 - Hydrologia medica (estudo clinico ou experimental).

5 - Physiotherapia e thermoclimatismo.

6 - Estudo chimico.

7 - Estudo da radioactividade das aguas, dos gazes emanados dos depositos de lama e da atmosphaera da estancia. Bases para construcção de emanatorios).

8 - Estudo microbiologico das fontes.

9 - Organisação industrial das aguas.

10 - Plano de remodelação urbana ou estado actual.

Já estão determinados os seguintes assumptos para serem tratados no Congresso :

Prof. Renato Souza Lopes (Rio de Janeiro) - "Evolução da Crenoclimatologia no Brasil. Cadastro e classificação das estancias hydro-mineraes do paiz". Dr. José Ferreira de Andrade Junior (Rio de Janeiro) - "Contribuição para o estudo da geologia medica das estancias hydro-mineraes do paiz. Processos de captação das aguas e gazes. Meios de protecção das fontes". - Prof. Martim Ficker (São Paulo) - "Methodos para estudos bacteriologicos das aguas hydro-mineraes" - Prof. Octavio Magalhães (Bello Horizonte) - "Methodos para estudos bacteriologicos das aguas hydro-mineraes". - Dr. J. Dutra de Oliveira (São Paulo) - "Diurese e metabolismo. Da crenotherapia nos estados intestinaes; possibilidades da agua "Prata". Applicaçao pharmaco-dynamica da agua do Araxá sobre os intestinos. Contribuição ao estudo do poder zymosthenico das aguas Prata, Lyndoya e Araxá". - Prof. Luiz Flores de M. Rego (São Paulo) - "Evolução da crenoclimatologia do Brasil. Cadastro e classificação das estancias hydro-mineraes do paiz. Contribuição para o estudo da geologia medica das estancias hydro-mineraes do paiz. Processo de captação das aguas e gazes. Meios de protecção das fontes". - "Geologia Medica". "Estudo da radioactividade (radioactividade das aguas, dos gazes emanados dos depositos de lama e da atmosphaera da estancia.

Bases para construcção de emanatorios). - "Organisação industrial das aguas". - Dr. Mario Leal Ferreira (Rio de Janeiro) - "Estudo chimico". - Dr. Decio Parreiras (Rio de Janeiro) - "Estudo chimico". - Dr. Domingos Fleury da Rocha (Rio de Janeiro) - Thema de livre escolha. - Dr. J. R. Belfort Mattos Filho (São Paulo) - "Campos do Jordão, clima de altitude" - Dr. Manuel Dias dos S. Brandão (Cambuquira) - "Thermoclimatismo social" - Dr. Reynaldo de O. Pimenta (Pocinhos do Rio Verde) - Thema principal: "Pocinhos e suas indicações". Trabalho accessorio: "Lambliaze intestinal e as aguas de Pocinhos do Rio Verde" - Dr. João Lombardi (São Paulo) - "Indicações das aguas de Serra Negra". - Empresa Rielli, Silveira & Filho (São Paulo) - "Fonte Santo Antonio - Serra Negra" - Prof. Pinheiro Cintra (S. Paulo) - "Indicações therapeuticas das aguas mineraes" - Dr. Afranio do Amaral (São Paulo) - "Acção phylactica das aguas mineraes em relação ao sulfato de esparteina, aos venenos bothropico e crotalico e ás vaccinas diptherica e tetanica" - Dr. Joaquim Sampaio Ferraz (Rio de Janeiro) - "A meteorologia a serviço da hydroclimatologia. Notas climatologicas e bio-climatologias". - Prof. F. A. de Moura Campos (São Paulo) - "Aguas mineraes e metabolismo". - Prof. Celestino Bourroul (São Paulo) - "Aguas de Lyndoya e suas indicações". - Prof. Aguiar Pupo (São Paulo). - "Da hydrotherapia das dermatoses". - Prof. Rubião Meira (São Paulo) - "Da hydrotherapia nas molestias renaes". - Dr. João de Deus C. Reis (São Paulo) - "Da acção zymosthenica das aguas mineraes". - Dr. Antonio Gavião Gonzaga (Campos do Jordão) - "Campos do Jordão, estação climaterica". - Dr. Cesario Mathias (São Paulo) - "Da possibilidade therapeutica das aguas mineraes e tubagem duodenal". - Dr. Aristides de Mello Souza (Poços de Caldas) - "Caldas e suas indicações". - Dr. Orozimbo Corrêa Netto (Poços de Caldas) - "Caldas e suas indicações". - Dr. Mario Magalhães (Araxá) - "Araxá e suas indicações". - Dr. Eurico Branco

Ribeiro (São Paulo) — "Águas do Paraná e suas indicações" — Prof. Ovidio Pires de Campos (São Paulo) — "Da hydrotherapia nas molestias hepaticas" — Dr. Euzebio Paulo de Oliveira (Rio de Janeiro) — "Progressos recentes do estudo das fontes minerais do paiz" — Dr. Martinho Freitas Mourão e dr. Benedicto Mario Mourão — "A sensibilização pelas injeções endovenosas das águas sulfurosas de Poços de Caldas" — Dr. Mario Mourão — "Orientação crenologica do tratamento das úlceras do estomago e duodeno pelas águas sulfurosas" — Dr. Mario Mourão e dr. Clodoveu Davis — "Poços de Caldas, centro crenotherapico dos reumatismos incuraveis" — Dr. Gualberto Vicente de Paula Magalhães — "Pri-

meira contribuição ao estudo da água sulfídica "São Pedro" — Dr. O. Paula Santos (São Paulo) — "Contribuição ao estudo das águas de Lyndoya (experiencias "in loco")".

A comissão organisadora do Congresso, cujo endereço é a Faculdade de Medicina de S. Paulo, está assim composta:

Dr. Cantidio de Moura Campos, secretario da Educação e da Saúde Publica — Dr. Geraldo de Paula Souza, director do Departamento de Hygiene da Faculdade de Medicina de S. Paulo — Dr. Octavio Gonzaga. — Dr. Franklin Moura Campos, cathedratice de Physiologia da mesma Faculdade — Dr. José Dutra de Oliveira, assistente da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Semana Paulista de Educação Sexual

Conferencias realizadas em S. Paulo. — Realizou-se nesta Capital, de 1 a 6 de Julho ultimo, a Semana Paulista de Educação Sexual, com a collaboração da Caravana procedente do Rio de Janeiro e chefiada pelo dr. José de Albuquerque, que é o presidente do Circulo Brasileiro de Educação Sexual.

O dr. José de Albuquerque pronunciou, no Club Commercial o curso de sexologia, que constou dos seguintes themas:

Importancia da educação sexual (dia 2) — O A. inicia a sua palestra de um modo interessante: falando sobre a fallencia dos intentos, das associações propagandistas da educação sexual em outros paizes. E explica que o insucesso dessas campanhas está não na repulsa instinctiva das massas por assumptos tidos como escabrosos, mas na maneira como são orientados.

E' que os assumptos de que tratam essas palestras, com ter a face biologica possuem tambem outra, não menos interessante e quíçá mais importante: o aspecto moral da questão sexual.

No Brasil a orientação dada á campanha em prol da educação sexual

é differente. O ponto de vista moral é encarecido, servindo de base, enquanto que a face biologica do problema serve tão somente como corroboradora das affirmativas expendidas.

Em seguida, passa o orador a referir-se ás diversas funcções do individuo, concluindo que todas ellas, mesmo as tidas como mais nobres se podem se transformar em immoraes, pelo seu abuso ou completo abandono. Continuando, disse que nas mesmas condições estava a funcção sexual, inexplicavelmente transformada pelos preconceitos em immoral.

Faz parallelos expressivos, entre casas com educação sexual e despidos de qualquer conhecimento sobre o assumpto, patenteando, ao vivo, a desvantagem destes ultimos quer na sociedade, onde constituem unidades senão perniciosas pelo menos com todas as qualidades para tal, quer no lar.

Do ponto de vista da eugenia é então que o assumpto merece do conferencista campo fertil de exemplos, recheado de argumentos em favor da educação sexual das massas.

Demonstrado que a funcção sexual nada traz em si que a torne immoral, passa o conferencista a mostrar o

alcance da educação sexual de um povo, através do prisma social.

Também esta parte é desenvolvida com clareza, graças aos exemplos apanhados dentro das collectividades, que se vêem cada dia, mas que no entanto, pouca importância se lhes dão. A perpetuação da espécie é um delles, e dos que com mais descaso são olhados pelos governos. Nota o orador que na Natureza a perpetuação da espécie humana é justamente a que o homem encara com mais desdém. Neste ponto, o dr. José de Albuquerque deixa cair esta impressionante pergunta: "O que se espera de uma sociedade que no terreno da perpetuação da espécie caminha ás cegas, atira os seus componentes ao léo, as gerações futuras ao Deus dará?"

Referindo-se ao casamento, o exame pre-nupcial merece especial atenção do orador. Condemna o conferencista o conceito erroneo de meas medidas, de que com o exame de sanidade pre-matrimonial do conjuge masculino estará quasi resolvido um aspecto do problema da eugenia. Mostra os absurdos e a falta do complemento dessa medida, que aliás, recebeu também de alguns paizes a sua formal condemnação. De facto, mostra o orador, as doenças que se transmitem por linhagem são numerosas e seus influxos agem de maneira prejudicial na maternidade primeiramente, na prole depois.

Ainda no plano do casamento, aborda o dr. José Albuquerque o tão contravertido problema do "controlle" da natalidade, que merece de si todo applauso, se ella é feita de um modo natural, isto é, a mulher usufruindo o direito que possui sobre o seu corpo, evitando a fecundação. Ainda aqui, o aborto é tido como um crime. A mulher que renega o filho que traz nas suas entranhas — facto banal e commum no seio das classes desprovidas de conhecimentos sexuaes — não é uma mulher, não é uma esposa, jamais poderá ser uma mãe.

Por essa maneira, vê-se como as palestras são orientadas de maneira moral, profundamente differente das conferencias de assumptos geralmente conduzidos de maneira muito chocante para quem enfrenta pela vez primeira essa questão.

Educação sexual na infancia
(dia 3).

Educação sexual na puberdade
(dia 4).

Educação sexual na idade adulta
(dia 5).

Controvérsias sexologicas (dia 6).

Ao encerrar-se o curso no dia 6, por suggestão do dr. José de Albuquerque foram lançadas as bases da fundação do Circulo Paulista de Educação Sexual.

Sindicato dos Medicos de São Paulo

Reivindicações da classe — Na sessão de 23 de julho ultimo, o Conselho Deliberativo do Sindicato dos Medicos de S. Paulo approvou o seguinte plano de reivindicações, que será apresentado á classe medica afim de ser discutido em assembléa que o Sindicato promoverá em breve :

Reivindicações geraes. — 1) Remuneração obrigatoria de todo trabalho medico ; 2) Regulamentação do salario minimo : Rs. 1:200\$000 por mez, Full-time Rs. 3:000\$000, horario : Rs. 30\$000 ; 3) Jornada de trabalho ; 4 horas ; 4) Uma vez

em vigor o salario minimo, o Sindicato procurará obter a desaccumulação dos cargos technicos cuja remuneração global atinja a quantias estipuladas para o Full-time ; 5) Preenchimento dos cargos technicos, por indicação do Sindicato ; feito em Assembléa Geral, obedecendo ao seguinte criterio : a) precaridade economica dos candidatos ; b) subordinação desse criterio ás seguintes condições : especialização, estado civil, numero de filhos, encargos de familia, numero de annos de formado ; e c) no caso de já possuir um emprego de salario miseravel, o escolhido de-

verá optar; 6) Fiscalização obrigatória pelo Syndicato dos concursos enquanto não fôr possível a applicação do criterio economico, afim de defender os candidatos, syndicalizados ou não, no sentido de evitar o favoritismo, as accumulações, etc.; 7) Garantia e estabilidade de emprego após um anno de exercicio; 8) Creação de Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Medicos, sendo o patrimonio formado; a) pelas contribuições dos medicos; b) contribuições das empresas medicas; c) taxa especial sobre os medicamentos; 9) Férias annuaes remuneradas de 30 dias; 10) Nenhuma reivindicação em beneficio do medico poderá ser pleiteada em flagrante prejuizo á saude do povo em desacordo com os progressos technico-cientificos da Medicina; 11) Creação intensiva de postos e hospitaes gratuitos, na capital e no interior, destinados á população pobre.

Reivindicções especificas. — a Dos medicos: artesãos (ou profissionais livres sem emprego); 12) Abolição de todo e qualquer imposto (placa, profissão, consultorio, etc.), etc.), que fere sobre o medico; 13)

Revogação da lei que prohibe os consultorios medicos nas pharmacias visivelmente prejudicial ao medico suburbano, ao pequeno pharmaceutico e ao povo; regulamentação nas bases dos artigos 1 e 2; 14) Augmento de pagamento por exame medico nas Cias. de Seguros de Rs. 40\$000 para Re. 60\$000; 15) Pagamento summario de todo exame pericial por conta do Estado, quando o medico fôr para isso solicitado.

b) Dos medicos do Serviço Sanitario (contratados) — 16) Salario dos medicos effectivos e em cargos identicos.

c) Reivindicações dos medicos do interior — 17) Regulamentação dos contratos nas fazendas e industrias.

Reivindicações de caracter scientifico-cultural. — 18) Creação de bibliothecas (livros e revistas modernas) em todas as empresas medicas, particulares e officiaes, á custa das mesmas, na capital e no interior; e 19) Creação de centros de estudos medicos no interior, mantido pelo Estado, concursos annuaes de diversas especialidades destinados ao aperfeiçoamento technico e cultural dos medicos do interior.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

Novos titulares. — Em reunião realizada a 1 de Julho ultimo, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo recebeu o dr. João Roberto Pires de Campos como socio titular, tendo sido sau-

dado pelo dr. S. Hermeto Junior.

Em sessão de 15 de Julho foi recebido o dr. Arnaldo Amado Ferreira, Para saudá-lo o dr. Hilario Veiga de Carvalho pronunciou um discurso em nome da Sociedade.

Dr. José Medina

Homenagem. — A classe medica paulista, amigos e admiradores offereceram, no dia 23 de Junho ultimo, no Clube Commercial, um almoço ao dr. José Medina, em regosijo pela sua actuação no recente concurso de Gynecologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

O prof. Jayme R. Pereira, ca hedrático da Faculdade de Medicina,

pronunciou a oração que se vae lér a seguir:

“Dr. José Medina, Senhores: — Sempre que nos reunimos ao redor de uma mesa na realização de uma homenagem, é porque desejamos comemorar a victoria de um amigo ou de alguem a quem mui o admiramos. Desta vez, porém, o nosso homena-

geado não tendo logrado a palma da victoria, nem por isso deixou de merecer uma homenagem. A' primeira vista parece que laboramos num paradoxo. Aliás outra coisa não fazemos nós, desde o nascimento até que morremos, sinão incorrer nesta figura encontradiça da grammatica — o paradoxo. A vida é toda ella cheia de contradicções. Do corpo inanimado de um ente que morre, surgem as mais variadas formas de actividade e, por consequente, de vida. Do momento em que brota a vida ao instante em que apparece a morte, leva o individuo a esbarrar e a tropeçar numa série infindavel de contradicções com as quaes, por força do habito, acaba-se acostumando. Olhe-mos em torno a nós e vejamos quanto paradoxo exemplificado. Eu, falando neste banquete; nada mais paradoxal. Pois quantos de vós não se desincumbiriam melhor desta tarefa? O nosso homenageado, encarnação, viva da modestia, a receber publicamente essa substanciosa e opipara homenagem! Nós a commemorar uma derrota! Uma derrota que é uma victoria! Uma victoria que não é só do homenageado, mas que é de todos nós! Nós, portanto, a commemorar a nossa victoria! Que falta de modestia!

Todas estas contradicções me fazem lembrar uma historia que eu vos asseguro verdadeira.

Um pae — sr. Eudoxio de Aguiar, — sua esposa, d. Paciencia, e seu unico filho — o Tónico, distrahiam-se como podiam e não como queriam, após o jantar. O velho lia com ar enfadonho um livro muito em voga hoje em nossa rodas intitulado "União e Separação". D. Paciencia fazia tricot com duas agulhas e Tónico, menino experto de mais para a idade, marcava, com um lapis vermelho, os erros de portuguez de uma historia chamada "O páo pinto das selvas"!

De repente, o menino entalou-se com um termo cujo significado não conhecia e perguntou:

— Papae, o que quer dizer "paradoxo"?

O velho, professor de collegio particular, partidario da direita, mas já com tendencias manifestas para a esquerda, tossiu uma vez, tossiu mais

duas vezes, não tossiu mais e começou:

— O paradoxo, segundo nos ensina o velho e sempre moço Candido de Figueiredo é uma these ou proposição que se nos afigura absurda á primeira vista. Por exemplo...

— Nem tudo o que luz é ouro, precipita-se o garoto.

— Não, não isso, meu filho. Eu vou citar alguns exemplos e você então compreenderá melhor. Veja o Brasil. Oito milhões e meio de kilometros quadrados. 45 milhões de habitantes. No emtanto é governado por um homem de estatura do seu actual Presidente; um homem menor do que os da maioria da sua especie. E', ou não é um paradoxo? Você conhece a Faculdade de Medicina, não conhece? E' aquelle colosso de predio, não é? Muito maior do que o antigo da rua Brigadeiro Tobias. Pois bem, no novo cabe muito menos alumno do que no velho. E no novo que cabe menos estudantes de medicina coube, no emtanto, uma outra Faculdade inteirinha, com alumnos, professores, assistentes, technicos, serventes, installação, tudo, tudo. E' ou não é um absurdo? Pois isto é que é paradoxo. Quer outro exemplo? Veja a rua Direita. E' ella direita?

— Não, diz o Tónico, é torta.

— Como se chama o bairro que mora sua avó?

D. Paciencia começou a inquietar-se.

— Liberdade, responde o menino.

— E o que é que você vê sempre quando vae lá?

— Um presidio.

— Isto mesmo. E no Paraíso?

— Outro presidio.

— Para que é que se fazem concursos nas escolas?

— P'ra ser professor.

— E quantos professores tem na sua escola que fizeram concurso?

— Nenhum.

— E como se chama a nossa cozinheira?

— Branca das Neves.

— De que cor é ella?

— Preta.

O menino estava cada vez mais interessado e d. Paciencia demonstrava visíveis signaes de inquietação.

— Você sabe o que é o communismo?

— Sei, sim senhor.

— O que é.

— “O que é teu é meu e o que é meu não é teu”.

— Isso mesmo.

— Como é que se chama aquelle menino que apanhou uma sóva hontera aqui na nossa rua?

— Lobo.

— E o que deu a sóva?

— Cordeiro.

D. Paciencia estava positivamente impaciente. Mas o sr. Eudoxio continuou, entusiasmado.

— Você sabe o que é um parteiro?

— Sei, sim senhor.

— O que é?

— E' um medico que quando tem que trabalhar, diz assim: “vamos deixar no que está, p'ra vêr no que fica”.

— Isso mesmo.

Tonico faz um ar de quem tinha comido mas não gostado e o pae perguntou:

— Que é que está pensando?

— Não comprehendí bem este ultimo paradoxo.

— E'... este é mais complicado mesmo. Só quando você crescer mais é que vae comprehender. Vamos vêr outro.

E dispunha-se a continuar, quando d. Paciencia se levanta, pallida e tremula, com as mãos na cabeça, dizendo:

— Párem com isto, pelo amor de Deus. E, virando-se para o marido: “Pára, pára Eudoxio!”

Colapso. Enterro. “A familia pede enviarem cordões”, etc. etc..

Meu caro Medina.

Convidado a falar neste banquete e tendo accedido o convite, pois que este convite era para mim uma ordem, só cumprindo a mim obedecendo, eu tinha necessariamente de dizer alguma coisa. E como eu não podia dizer o que queria, disse então o que

não queria. Ahí está o motivo deste relamborio todo.

O porque deste banquete, você sabe tão bem quanto qualquer um de nós, Sabe até mais do que todos nós. E' este: muita amizade e muita admiração que todos votamos ao nosso homenageado. Enaltear aqui os seus meritos e exaltar as suas virtudes, tão grandes e profusas, seria chover no molhado e offender a sua reconhecida modestia. Você ficaria todo atrapalhado e era capaz de não poder responder ao meu discurso.

Queremos que você saiba de uma cousa: si ainda ha juizes em Berlim, também os ha em S. Paulo. Para julgar da sua actuação no recente concurso a que você se submeteu é que nos reunimos hoje neste almoço. Já estudamos o seu caso e chegamos por votação unanime e “secreta” á seguinte conclusão:

— O dr. José Medina, por ser assistente da Faculdade de Medicina de São Paulo é professor da sua especialidade.

Anaúê!”

Levantou-se depois o dr Paulo de Gadoy que, em nome dos assistentes da enfermaria Moraes Barros, pronunciou o seguintes discurso:

“Medina.

Ha 2 annos nós nos encontravamos nesta mesma margem da vida e divisamos, alongando o olhar, as aguas immensas do grande oceano da Sciencia, que tu tinhas transposto com galhardia, e chegado a esta margem, vencedor, empunhando o “Premio Alvarenga”. E os teus amigos, que te recebiam, por meu intermedio, te saudaram e te homenagearam.

E dois annos se passaram na amputação do tempo. E, novamente, cedendo aos impulsos do teu espirito inquieto, incicias nova arremetida através essas mesmas aguas da Sciencia, que te atraem e te dominam. E tomas a tua barca com o auxilio dos remos do teu saber, da tua cultura, da tua technica, da tua experiencia, dos teus conhecimentos penetras na amplidão dos mares da Gynecologia, numa competição, para a qual te preparaste com entusiasmo e honestidade. E, por isso, por mais que as ondas rompessem raiosas e brutaes; por mais que a

procêla cahisse, barulhenta e tormen-tosa, sobre o teu barco, — que era o barco de S. Paulo —, tu cortavas e vencias as aguas, forte e firme no leme, como um velho e consumado timoneiro. E chegaste ao termo da competição na vanguarda. Mas os homens que te julgaram, por motivo que preferimos recalcar pela "cen-sura", não viram nem perceberam a tua victoria!!

Eis ahí, senhores, "a nudez forte da verdade, sob o manto diaphano da phantasia"...

Medina, hoje voltar para a tua terra e para a tua gente, sob a accla-mação dos teus amigos e collegas, que te recebem, não como um ven-cido num concurso, mas como um exemplo magnifico, vivo, palpitante, de que em nossa terra ainda pouco valem o valor e a competencia, o estudo e a cultura; e, ainda vencem os cambalachos e ainda valem os pistolões; que nesta terra de anal-phabetos o ensino ainda vegeta na escuridão de ambientes confinados ao envez de viver e respirar na clari-dade luminosa das salas claras, am-plamente ventiladas e oxygenadas.

E aqui, reunidos em torno de um valor incontestavel, de uma compe-tencia verdadeira, de alguém que vale pelo esforço, pelo trabalho, pelo estudo, saudemos a Intelligencia e a Cultura contra a mediocridade, a ignorancia e a vaidade...

Medina, regressas á S. Paulo para continuar a tua vida de estudos e de pesquisas em pról da gynecologia, que, em tuas mãos, como uma pedra pre-ciosa, é facetada e burilada com o entranhado amor com que os artistas trabalham as obras de arte.

Em nome dos teus companheiros da Enfermaria de Gynecologia, Medina, eu te saúdo!!

Falou depois o dr. Edgard Braga, que, em bello improviso, dirige uma saudação ao dr. Medina, frizando que o que alli se via, naquele ambiente festivo, era uma grande demonstração de solidariedade da nossa classe me-dica, uma verdadeira confraterniza-ção. Termina exaltando o valor da escola medica paulista.

Agradecendo a homenagem que lhe prestaram o dr. José Medina pronunciou as seguintes palavras:

Caros collegas. Meus amigos.

Se a alguém, na situação em que me vejo neste momento, fosse per-mittido, eu preferiria não falar. Para dizer-vos tudo que me vae pela alma ao calido contacto desta manifestação de affecto e de carinho, eu gostaria muito de poder dizer-vos apenas duas palavras: aquellas com que o laconismo proverbial da gente paulista sabe exprimir uma gratidão sin-cera — muito obrigado!

E' o que só sabe dizer-vos o meu coração, caros professores, collegas, amigos meus: muito obrigado!

Entretanto, a palavra excessiva-mente bondosa dos vossos oradores e a certeza de que exprime esta festa muito mais do que a simples amiza-de vossa a uma pessoa, obrigam-me a sujeitar, por alguns minutos mais, á minha palavra obscura e sem bri-lho, os vossos ouvidos benevolentes.

Originária da iniciativa amiga dos bons companheiros da Enfermaria de Gynecologia, conquistou esta festa a sympathia dos meus antigos mestres e de grande numero de collegas e ami-gos, que vejo aqui reunidos, sob a atmosphera leve e cheia de alegria das manifestações cordiaes.

Commouve-me o espectáculo. Sem sombra de falsa modestia, mas inevi-tavelmente, eu o sinto grandioso de-mais para mim. Mas tambem sinto, envaidecido, o santo orgulho de ter-des objectivado em minha apagada figura uma causa da nossa Faculdade de Medicina.

E, permitti que vos diga, se assim não o tivesse julgado, estaria com-mettendo, aos vossos olhos, se não a mais desculpavel, a mais frequente das fraquezas humanas.

Quiz a mão caprichosa dos fados mysteriosos, que a mim coubesse, pela série de factos e circumstancias de todos vós conhecida a oportunidade de revelar uma situação, uma reali-dade sobre o valor dos titulos da nossa Escola. E foi para mim e para todos um transe rico de experiencias, como transbordante de amarguras.

Mas quizeram os mesmos fados que o representante da escola pau-lista, no arduo prelio travado na capi-tal da Republica pela conquista da cathedra de Gynecologia, encarnasse, aos olhos bondosos de todos vós, a causa da valia dos nossos titulos.

Por isso é para mim, este, um momento cheio da mais viva commoção, o momento da felicidade!

Concorrendo á cathedra de gynecologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, não me reduziu tanto conquistá-la, como principalmente fazer o que tantos outros filhos espirituaes da escola de S. Paulo ultimamente têm realizado — fazer viver, brilhar, á superficie das aguas grandes do maior centro medico do paiz, o valor crescente da nossa Faculdade de Medicina e o vigor incontestavel da escola gynecologica em seu seio creada. Se não fui feliz pelo lado do valor attribuido aos titulos que ella me confere — e que eu prezo acima de tudo — sinto-me compensado, fartamente, pela efficiencia, com que armou o seu representante na parte que diz ciencia e arte.

Foi, meus caros amigos, essa tão honrosa encarnação, que todos me reconheceram, que procurei realizar e ennobrecer, sem poupar esforços nem sacrificios, lutando em ambiente extranho, confiado apenas na inteireza moral dos que iam julgar o rumoroso prelio.

Falando-vos deste cume em que hoje me collocou a vossa generosidade, tenho tambem de dizer-vos que fui para a lucta armado apenas com as forças hauriadas no seio fértil da escola de S. Paulo e levando como escudo sómente a lealdade — sentimento que sempre foi o traço viril, marcante, dos filhas da terra paulistana.

Assim, invocando as tradições seculares da nossa gente, permitti que vos diga — perder pelo respeito ás linhas da dignidade, não é perder. E' antes vencer.

Perdoae-me esta vaidade: vencido, como o soldado que, não importam as razões, não pôde conquistar a posição objectivada, sinto-me entretanto, plenamente vencedor.

O luctador tombou, posto fóra de combate pelo fogo de barragem, extranhamente irrompido na sua reta-

guarda. Mas a bandeira das tradições, que elle empunhava, lá ficou a tremular, içada no mais alto mastro cobigado. E' a bandeira da força ennobrecida pela lealdade: a bandeira dos leaes paulistanos!

Agora, senhores, que já vos falei á guisa de prestação de contas, permitti que exprima o meu particular agradecimento aos companheiros da Enfermaria de Gynecologia, que foram todos os verdadeiros sustentáculos da minha actuação.

Ao professor Moraes Barros, meu grande e querido mestre, chefe da escola gynecologica de São Paulo, quero em especial render o preito da minha gratidão, pelo amparo constante, moral e intellectual, dispensado ao discipulo.

E não poderia, meus senhores, sem peccar contra as leis da gratidão, terminar estas palavras sem estender o meu agradecimento muito amigo e muito sincero a todos os assistentes da escola gynecologica da Gambôa, onde brilha a figura notavel do seu chefe, o professor Maurity Santos, sincero e verdadeiro amigo de São Paulo e de sua gente. Numa admiravel e penhorante prova de solidariedade e sympathia, durante a nossa estada no Rio e principalmente durante o concurso, o Hospital da Gambôa foi por assim dizer o centro de concentração dos paulistes e dos que sabiam ver na nossa lucta a nobreza que a inspirou.

Contemplando a magnitude desta festa e recordando todas as expressões de carinho com que a cidade natal me tem compensado, já não lamento o desfecho do concurso de gynecologia do Rio de Janeiro. Sobre elle cerro o véo do esquecimento. Guardarei apenas a lembrança triste de que, de outro modo, poderia afastar-me do vosso convívio, para mim mais valioso que quantas honras pudesse proporcionar-me a cathedra de gynecologia.

Meus amigos, muito obrigado".

Prefira o Gluconato de Calcio Sylil

"Hospital e Maternidade Santa Maria" da Cruz Azul de S. Paulo

Sua inauguração. — Realizou-se a 29 de Julho ultimo a inauguração do "Hospital e Maternidade Sta. Maria" da Cruz Azul, cuja direcção foi confiada ao dr. Godfredo Wilken.

Durante a solemnidade falou o commandante Tenorio de Britto, director da Cruz Azul, seguindo-se com a palavra o dr. Godfredo Wilken, que pronunciou um longo discurso, recapitulando a actuação da Cruz

Azul nos serviços que vem prestando á Força Publica.

Falaram depois o sr. Renato Viana e a sra. prof.^a Sebastiana Teixeira de Carvalho.

A casa de saude em apreço, modernamente aparelhada, não só servirá para internação dos soldados e officialidade da Força Publica do Estado, como tambem se encontrará aberta para os particulares, mediante medicas contribuições.

Casa de Saude "D. Pedro II"

Sua inauguração. — Realizou-se a 17 de Julho ultimo a inauguração da Casa de Saude "D. Pedro II" situada junto ao Parque D. Pedro II na esquina das ruas coronel Seabra e da Figueira.

Trata-se de uma instituição hospitalar das mais modernas e que dispõe de aparelhamento completo para preencher as finalidades a que se destina.

A Casa de Saude "D. Pedro II"

não tem quadro clinico interno e receberá doentes sob o cuidado de todos os medicos, que para ali poderão remetter seus doentes, operá-los e acompanhá-los, sem a intervenção de outras pessoas do hospital. A direcção do hospital mantém plantões continuos, para as necessidades dos internados e um corpo de enfermeiros competentes prestará assistência a medicos e enfermos.

Centro Medico Paulista

Aprovação dos estatutos. — Realizou-se a 25 de maio ultimo a reunião convocada para aprovação dos estatutos e regulamentos, tendo sido eleita a nova directoria, assim como o conselho consultivo e as comissões technicas seguintes:

Cirurgia, Drs. Oswaldo Certain, Michel Mimmese, Marcello Luchesi, Mario Foschini, Cesar Augusto de Castro Rios; Clinica medica, drs. Jayme Lima Moraes, Zid Albuquerque, Roque Nunes, Mario Rego Valencia, Mario Velez, Americo Alves Teixeira, Arnaldo Picossi, Jorge Karam, Leoncio de Rezende; Pediatria, Drs. Pedro Refinetti, Waldemar Henrique Cardim, Sylvia Garcia Godoy, Reynaldo Delamari; Uro-

logia, Expedito de Oliveira Gomes, Orlando Bragalia; Dermatologia, drs. Miguel Anthero, Vespoli, Orlando Bragalia, Otonino Othoniel Bueno Galvão, Antonio Perella; Orthopedia, Ivo Frasca; Apparelho digestivo, drs. Adolpho Lindemberg Rocha e Nelson de Carvalho; Gynecologia e Obstetricia, Drs. Benedicto Borges Vieira, Oswaldo Certain, Ismar Pinto Nogueira, Sylvia Garcia Godoy e Maria Aparecida da Cunha Medicina tropical, Dr. Vicente de Paula Mellilo; Constituição, Dr. Raphael Franco de Mello; Laboratorio, Drs. Ernesto Vieira Mendes e Francisca Prata Mendes; Tisiologia, Drs. Diodegenes Certain, Pires Ferreira; Syphiligraphia: Dr. Paulo de Oliveira.

Foram instituídos os seguintes prêmios: "Carlos Chagas", "Miguel Couto", "Benjamin Baptista", "Luiz Barbosa" e "Fernando Magalhães",

que serão conferidos aos melhores trabalhos sobre doenças tropicais, clínicas médicas, cirúrgicas, pediatria e obstetria.

Sanatorio Ebenezer

Sua inauguração. — A Associação do Hospital Evangelico do Rio de Janeiro inaugurou a 30 de junho ultimo o Sanatorio Ebenezer recentemente construído em Campos do Jordão, com o recurso obtido de uma subscrição popular em terreno doado pelo casal Roberto — Família Reid e situado na Villa Abernezia. Dando inicio á cerimonia falou o dr. Stennio Machado, presidente da Associação do Hospital Evangelico do Rio, que fez a entrega das chaves ao dr. Gavião Gonzaga, prefeito sanitario de Campos do Jordão. Em seguida o dr. Clovis Correa pronunciou breves palavras representando o dr. Borges Vieira, director do Serviço Sanitario de S. Paulo. Depois o dr. Gavião Gonzaga faz um pequeno historico da evolução do "Ebenezer" e focaliza o problema actual da tuberculose no Brasil. Affirma o dr. Gavião Gonzaga que somente o seguro social obrigatorio, mutualista ou cooperativista, poderá resolver definitivamente esse maximo problema de medicina social entre nós, a exemplo do que têm feito os Estados Unidos e diversos paizes da Europa, nos quaes é o seguro a pedra fundamental do combate á peste branca.

E, ao passo que nos paizes mais adiantados, continua o orador, o seguro social já se estendeu até ás populações rurais, no Brasil, infelizmente, tudo está por fazer nesse

sentido. Não fôra a iniciativa particular, com insignificante amparo official e nada se teria feito. Lamenta, então, o dr. Gavião Gonzaga que os poderes publicos ainda não tenham encarado com o devido interesse o magno problema de assistência á tuberculose. E as iniciativas como esta, da Associação do Hospital Evangelico do Rio de Janeiro, e de outros sanatorios de Campos do Jordão, constituem exemplos que devem ser seguidos.

Terminando seu discurso, o prefeito sanitario reporta-se ao acto do lançamento da pedra fundamental do "Ebenezer" e rememora o appello que fez, naquella occasião, para que a pedra não se estacionasse indifferente no seio daquella serra. E, se não fosse adiante a iniciativa da Associação do Hospital Evangelico, que a pedra fundamental estremece e ruísse com a Serra da Mantiqueira.

Diz, então, da sua satisfação em ver que o seu appello não foi em vão e que a pedra estacionou silenciosa por isso que sobre ella se levantava o predio actual. Finalmente, o dr. Gavião Gonzaga appella, ainda, para que o numero de leitos augmente com a mesma rapidez com que foi feita a primeira ala do "Ebenezer", que se inaugurava na occasião.

A seguir foram homenageados o casal Reid, dr. Benjamin Hunnicut, revmo. James L. Kennedy e a mulher brasileira, fallando depois diversos oradores.

Instituto Butantan

Novo pavilhão. — Foi inaugurado no dia 18 de julho ultimo, por occasião da visita que os membros do Congresso Medico Pan-americano fizeram ao Instituto Butantan, o novo pavilhão destinado ao estudo do typho exanthematico, febre amarella e outras molestias infecciosas.

O sr. dr. Afranio do Amaral, director do Instituto Butantan, explicou, em breves palavras, os fins do novo pavilhão, tendo fallado, a seguir, o sr. secretario da Educação, que se congratulou com os presentes pelo melhoramento conquistado por aquelle estabelecimento scientifico.

-
s
s,
a

r-
ro
i-
ue
e-
e-
ia
no
n-
a-
i-
s.
pi-
lo
lo
lo
ue
e-
se
la
o,
se
ra.
m
ão
sa
o
ra-
ara
ate
foi
",
sal
no.
si-
es.

di-
pli-
do
se-
ão,
tes
por
.